Júlio César Batista Santana
Bianca Santana Dutra
Karla Rona da Silva
Láyza Lourenço Machado Braga Quintão
(Organizadores)

ENADE

DE ENFERMAGEM 2019

comentado por professores do estado de Minas Gerais

Ano 2022

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Bruno Oliveira
Camila Alves de Cremo
Daphynny Pamplona
Luiza Alves Batista
Natália Sandrini de Azevedo
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

CIÊNCIAS
HUMANAS
E SOCIAIS
APLICADAS

Atena
Editora
Ano 2022

Enade de enfermagem 2019 comentado por professores do estado de Minas Gerais

Diagramação: Daphynny Pamplona
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: Júlio César Batista Santana
Bianca Santana Dutra
Karla Rona da Silva
Layza Lourenço Machado Braga Quintão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 Enade de enfermagem 2019 comentado por professores do estado de Minas Gerais / Organizadores Júlio César Batista Santana, Bianca Santana Dutra, Karla Rona da Silva, et al. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Outra organizadora
Layza Lourenço Machado Braga Quintão

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0146-9
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.469220707

1. Enfermagem - Problemas, questões, exercícios - Brasil. 2. Ensino superior - Avaliação - Brasil. 3. Enade - MG. I. Santana, Júlio César Batista (Organizador). II. Dutra, Bianca Santana (Organizadora). III. Silva, Karla Rona da (Organizadora). IV. Título.

CDD 378.8151

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

O ENADE Comentado, do Curso de Graduação em Enfermagem, tem como propósito discutir, com a comunidade acadêmica da universidade, as questões que compuseram o ENADE ENFERMAGEM 2019, promovendo e ampliando debates relativos às práticas e ao cenário da Saúde no qual se insere a Enfermagem.

Essa iniciativa partiu de um projeto dentro do departamento de Enfermagem da PUC Minas, campus Coração Eucarístico, que promoveu debates relativos ao Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) na formação de egressos em Enfermagem.

O Enade é um importante componente do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). que busca contribuir para a permanente melhoria da qualidade do ensino dos cursos oferecidos. No âmbito do Curso de Enfermagem, os debates desenvolvidos permitiram ampliar reflexões acerca do projeto pedagógico para intensificar a integração entre o processo de formação do (a) enfermeiro (a) e as necessidades do sistema de saúde vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preconizam as Diretrizes Curriculares do Curso.

Para a elaboração dessa publicação, contou-se com a participação de Enfermeiros especialistas, mestres e doutores com vasta experiência acadêmica e assistencial e de gestão nas áreas específicas e objetivas, com o objetivo de promover discussões críticas coletivas acerca dessa estratégia avaliativa no âmbito institucional e nacional.

A prova do Enade/2019 do Curso de Enfermagem foi organizada em 40 questões assim constituídas: 05 questões discursivas sendo, 2 de Formação Geral Discursiva e 3 de Componente Específico Discursiva. Constam ainda 35 questões de natureza objetiva, que consiste em 8 de Formação Geral e 27 de Componente Específico.

A realização deste e-book só foi possível pelo envolvimento do corpo docente do Curso de Enfermagem em parceria com diversos profissionais especialistas. Agradecemos de maneira muito especial a toda equipe que assumiu com responsabilidade e competência a elaboração do presente e-book.

Almejamos que possa ser mais um recurso para consultas e revisões a estudantes, docentes, profissionais de saúde, com vistas ao aprimoramento de práticas em saúde, metodologias de ensino e de aprendizagem.

Prof. Dr. Júlio César Batista Santana

Coordenador do Curso de Enfermagem, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Campus Coração Eucarístico. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde ICBS.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais;

Ao Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais;

Ao Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS). da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais;

Ao Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). no Curso de graduação em Gestão de Serviços de Saúde.

Ao Grupo Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NUPES),

Ao Centro Universitário Monsenhor Messias de Sete Lagoas (UNIFEMM),

Ao Instituto Professor e Enfermeiro Júlio Santana;

Ao Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Minas Gerais;

Aos nossos amigos colaboradores, Professores, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos, Nutricionistas, Sociólogos, Administradores, Farmacêuticos, que compartilharam conosco a idealização e a concretização desta obra;

Aos nossos Especialistas, Mestres, Doutores e Pós Doutores pela contribuição de forma significativa no conteúdo das respostas;

Nossos efusivos agradecimentos são extensivos a todos os colaboradores pelo exemplo de dedicação e compromisso.

PREFÁCIO

O objetivo da obra é apresentar as questões comentadas do *ENADE 2019* com subsídio científico robusto e atual de relevância para a Enfermagem. Para atender a este objetivo, o livro apresenta-se organizado em duas partes: a parte inicial versa sobre questões de Formação Geral; e a segunda parte de Componente Específico para os futuros Enfermeiros.

Os conteúdos abordam aqueles previstos nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem, suas habilidades para ajustamento às exigências decorrentes da evolução do conhecimento e suas competências para compreender temas exteriores ao âmbito específico de sua profissão, ligados à realidade brasileira e mundial e a outras áreas do conhecimento.

Os temas tem importância vital para quem deseja enfrentar as lacunas de hoje e aquelas que estão por vir no campo da Enfermagem. Não há como pensar nos temas abordados nesta obra, sem marcos conceituais adequados e posicionamentos firmes como os apresentados pelos autores e com aqueles com quem dialogam. Todos os itens são balizados pelos princípios dos Direitos Humanos e as questões comentadas de forma clara, coerente, com coesão e argumentação reflexiva, envolvendo situações-problema e estudos de casos.

Neste sentido, tem-se a oportunidade de contemplar reflexões traduzidas de leituras de artigos científicos, legislações, resoluções, portarias, normas técnicas, livros clássicos no campo da Enfermagem, dissertações e teses, construídas por profissionais atuantes no sistema de saúde, seja na atenção direta, na gestão e/ou no campo acadêmico.

O produto é um exercício criativo, com capacidade de provocar nos leitores um entusiasmo para sempre subsidiarem seu fazer laboral em evidenciação científica robusta e atualizada, para a produção de uma saber aplicável para a prática assistencial, gerencial, humana e inclusiva. Bom estudo!

Karla Rona da Silva

Doutora em Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte (2013). Mestre em Ciências da Saúde pela UNINCOR / Betim (2009). Especialista em Urgência e Atendimento pré-hospitalar Móvel pela Universidade Estácio de Sá/BH (2006). Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2005). Atualmente é professora Adjunto III do Departamento Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) no Curso de graduação em Gestão de Serviços de Saúde. Professora e Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Líder do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde - NUGES e Membro Titular no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Urgência e Emergência (NEPEU) ambos da EE/UFMG. Pesquisadora desenvolvendo estudos relacionados aos temas: Serviços e profissionais de saúde; Gestão de pessoas e Relações de trabalho; Gestão de Serviços de Saúde; Tomada de Decisão; Escassez de Recursos; Urgência e Emergência. ORCID nº 0000-0003-0495-789X.

SUMÁRIO

QUESTÃO DISCURSIVA 01 – FORMAÇÃO GERAL 1

QUESTÃO DISCURSIVA 02 - FORMAÇÃO GERAL 5

QUESTÃO 1 - FORMAÇÃO GERAL.. 8

QUESTÃO 2 - FORMAÇÃO GERAL... 11

QUESTÃO 3 - FORMAÇÃO GERAL... 13

QUESTÃO 4 - FORMAÇÃO GERAL... 16

QUESTÃO 05- FORMAÇÃO GERAL.. 22

QUESTÃO 06- FORMAÇÃO GERAL.. 25

QUESTÃO 07- FORMAÇÃO GERAL.. 27

QUESTÃO 08- FORMAÇÃO GERAL.. 30

QUESTÃO DISCURSIVA 03- COMPONENTE ESPECÍFICO 32

QUESTÃO DISCURSIVA 04- COMPONENTE ESPECÍFICO 37

QUESTÃO DISCURSIVA 05- COMPONENTE ESPECÍFICO 39

QUESTÃO 09- COMPONENTE ESPECÍFICO 42

QUESTÃO 10- COMPONENTE ESPECÍFICO 46

QUESTÃO 12- COMPONENTE ESPECÍFICO 52

QUESTÃO 13- COMPONENTE ESPECÍFICO 56

QUESTÃO 14- COMPONENTE ESPECÍFICO 59

QUESTÃO 15- COMPONENTE ESPECÍFICO 62

QUESTÃO 16- COMPONENTE ESPECÍFICO 66

QUESTÃO 17- COMPONENTE ESPECÍFICO 70

QUESTÃO 18- COMPONENTE ESPECÍFICO 73

QUESTÃO 19- COMPONENTE ESPECÍFICO 76

QUESTÃO DISCURSIVA 01 – FORMAÇÃO GERAL

Conforme levantamento patrocinado pelo Ministério da Integração Nacional, o Brasil sofreu mais de 30 mil desastres naturais entre 1990 e 2012, o que confere a média de 1 363 eventos por ano. O Atlas Brasileiro de Desastres Naturais de 2013 mostra que, entre 1991 e 2012, foram registradas 31 909 catástrofes no país, sendo que 73% ocorreram na última década. O banco de dados do histórico dos desastres brasileiros associados a fenômenos naturais indica que estiagens, secas, inundações bruscas e alagamentos são as tipologias mais recorrentes do país.

LICCO, E; DOWELL, S. Alagamentos, enchentes, enxurradas e inundações: digressões sobre seus impactos sócio econômicos e governança.

Revista de Iniciação Científica, Tecnológica e Artística. Edição Temática em Sustentabilidade, v. 5, n. 3, São Paulo:

Centro Universitário Senac, 2015 (adaptado).

De acordo com o relatório do Escritório das Nações Unidas para a Redução do Risco de Desastres de 2014, a necessidade de minimizar os riscos e os impactos de futuros desastres naturais é algo fundamental para as comunidades em todo o mundo. Reduzir os níveis existentes de riscos que favorecem os desastres, fortalecendo a resiliência social, ambiental e econômica é uma das soluções encontradas para que as cidades consigam conviver com esses fenômenos naturais.

RIBEIRO, J; VIEIRA, R; TÔMIO, D. **Análise da percepção do risco de desastres naturais por meio da expressão gráfica de estudantes do Projeto Defesa Civil na Escola.** UFPR, Desenvolvimento e Meio Ambiente, v. 42, dezembro 2017 (adaptado).

A partir da análise dos textos, apresente duas propostas de intervenção no âmbito da sustentabilidade socioambiental, de modo a contemplar ações de restauração ou recuperação após a ocorrência de desastres. (valor: 10,0 pontos).

Professor Convidado 1	Bruno Gonçalves da Silva
Mini currículo Doutorando em Tecnologia da Informação e Gestão do Conhecimento, pela FUMEC – BH; Mestre em Administração pelo Centro Universitário UNA; Especialista em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), Especialista em Terapia Intensiva Adulto pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal pela Santa Casa de BH Ensino e Pesquisa; Especialista em Gestão e Organização de Saúde Pública pela Universidade Federal de Juiz de Fora- MG, Especialista em Enfermagem no Transporte Aeromédico pela Faculdade Integrada Cete (FIC) e Graduado em Enfermagem pela Universidade José do Rosário Vellano. Atualmente, enfermeiro de bordo da Unimed Aeromédica e Professor Assistente na FCMMG e instrutor da AHA do Curso ACLS.	
Professor Convidado 2	Elaine Patrícia Cunha

Mini currículo Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2011), Mestre em Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte (2005), Licenciada em Biologia pela Universidade Vale do Rio Verde de Três Corações (2003). Foi Professora Adjunta nos cursos da Saúde do UNIBH, nas disciplinas Citologia, Histologia, Fisiologia. Atuou como Professora Titular de Histologia Sistêmica do curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília, além de ministrar Citologia e Histologia em cursos da saúde da mesma universidade.	
Professor Convidado 3	Vânia Paula de Carvalho
Mini currículo Mestre pelo Núcleo de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência e Paz da Escola de Medicina da UFMG-MG; Especialista em Terapia Intensiva pelo Instituto de Educação Continuada (IEC/ PUC-MG), Especialista em Enfermagem no Transporte Aeromédico pela Faculdade Integrada Cete (FIC) e Graduada no Curso de Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). Atualmente, docente convidada dos Cursos de Especializações em (Enfermagem Urgência Emergência e Trauma/ Unidade de Terapia Intensiva) EUE/UTI nas Faculdades: IEC/ PUC-MG e Especialização em Fisioterapia em Terapia Intensiva UNI-BH. Enfermeira de Bordo e Coordenadora (RT). da Unimed Aeromédica - Transporte Aéreo de Urgência e Emergência. Instrutora da AHA do Curso PALS, pelo Centro de Treinamento da Faculdade de Ciências Médicas de MG. Pesquisadora do Grupo SAUVI - Saúde e Violência no Trânsito da UFMG.	

COMENTÁRIOS

Os desastres naturais são representados por um conjunto de fenômenos que fazem parte da natureza do planeta e que podem provocar consequências catastróficas para os indivíduos e organizações, no âmbito social, econômico e ambiental. Nos tempos atuais, tem-se observado um aumento significativo na ocorrência desses desastres. Como mostrou Freitas e colaboradores (2014), esses fenômenos estão cada vez mais frequentes e/ou mais graves, sendo percebidos em diversas ocasiões, como por exemplo o que aconteceu nos anos de 2005 e 2010 no Estado do Amazonas, onde houve um incremento significativo de secas severas em uma das regiões de maior disponibilidade hídrica do país e do planeta.

Por outro lado, nos anos de 2009 e 2012, este mesmo Estado sofreu inundações graduais que superaram os níveis históricos já registrados até então. Em outro exemplo, em janeiro de 2011, na Região Serrana do Rio de Janeiro foi registrado o maior desastre em termos de óbitos imediatos, quando mais de 900 pessoas perderam suas vidas em razão de deslizamentos de terra. Os impactos causados por esses acontecimentos apresentam efeitos a curto e longo prazo para toda a população, com consequências que afetam o âmbito natural e social.

Nesse sentido, tornam-se necessários investimentos em estudos e ações de intervenção e gerenciamento dos riscos e impactos futuros. O estudo e reconhecimento da exposição e vulnerabilidades das áreas sociodemográficas é um importante passo para iniciar o gerenciamento de riscos. Assim, após o mapeamento e entendimento das vulnerabilidades das regiões de risco, deve-se definir um plano de gestão de riscos, com o intuito de prevenir e mitigar a ocorrência de possíveis desastres naturais, priorizando aqueles com maior potencial de danos e maior probabilidade de ocorrência.

Durante o planejamento dos riscos de desastres naturais, devem ser tratados com igual importância o estudo preventivo, que permite a investigação, avaliação e gestão do risco; bem como, a forma como será realizada a resposta pós-desastre que abrange a mitigação dos danos, respostas de emergência, compensação e reconstrução (GUSMAN; 2003).

Desse modo, há algumas medidas básicas que podem ser tomadas, como por exemplo, medidas estruturais, que envolvem obras de engenharia com a finalidade de proporcionar a contenção de água, rochas, árvores, lama e outros resíduos. Há também as medidas não estruturais, que são aquelas que visam ações de planejamento e gerenciamento, como sistemas de alerta e zoneamento ambiental. Os sistemas de alerta são instrumentos de suma importância, especialmente quando se trata de centros urbanos já implantados, uma vez que possibilita à comunidade ser informada da ocorrência de eventos extremos, de forma a minimizar os danos materiais e humanos (KOBIYAMA; et al. 2006).

Em regiões vulneráveis, uma ação que tem se mostrado bastante produtiva é a criação de ONG's ou associações de moradores que possam agir nos momentos de crise. Dependendo da extensão do desastre seria difícil para as autoridades e órgãos governamentais terem acesso de imediato às áreas atingidas, em vista disso, também se considera eficaz a autoajuda dos próprios moradores. Outra ação eficiente na prevenção de desastres é a educação ambiental, sendo fundamental a compreensão do modo pelo qual a sociedade interage com a natureza, visto que as interações estabelecidas são fundamentais para a sobrevivência dos seres humanos.

A partir desta perspectiva, acredita-se que as comunidades serão capazes de se envolverem em processos participativos e, assim, contribuírem para a prevenção e redução dos desastres (ROSA; et al. 2015). Mesmo com o plano de riscos concluído e a execução de ações preventivas estabelecidas, muitas vezes não é possível impedir que os desastres ocorram. Com base nisso, sabe-se que a fase de compensação posterior à destruição causada pelo desastre consiste em um momento emergencial, que se conclui no auxílio às vítimas, as quais muitas vezes acabam por perder sua moradia, seus bens, passando a carecer de todo tipo de auxílio para que sejam mantidas suas mínimas condições de dignidade (CASSALI; 2017).

Em 2019, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) publicou o caderno Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que demostrou em uma de suas metas a importância da habilidade de um sistema ou indivíduo de se recuperar após sofrer algum desastre natural:

> "Reforçar a resiliência e a capacidade de adaptação a riscos relacionados ao clima e às catástrofes naturais em todos os países, que consiste essencialmente na habilidade de um sistema ou indivíduo em se recuperar após sofrer perturbações externas e restabelecer o equilíbrio, assim como na capacidade adaptativa, que é o potencial de mudança para um estado mais desejável, frente aos impactos e riscos das mudanças climáticas" (IPEA, 2019).

Sob a ótica ambiental, a recuperação de áreas atingidas pode ser complexa e demorada. Normalmente, é preciso fazer tratamento do solo atingido para que então ocorra replantio de árvores e recuperação da flora local. A recuperação ambiental passa também por uma reconexão da fauna que fugiu do ecossistema procurando abrigo, assim como uma inserção de novas espécies ao local.

É imprescindível que haja intervenção humana no auxílio da recuperação de um ecossistema, visto que sozinha a natureza não consegue se reerguer. É um trabalho longo e que precisa de monitoramento por muitos anos. Do ponto de vista de indivíduos que perdem suas moradias, em algumas localidades, há uma legislação específica que busca prover moradia temporária às pessoas desabrigadas, além de ser necessário estabelecer programas habitacionais de relocação de comunidades atingidas por desastres.

Existem casos, onde os municípios podem criar uma política pública de aluguel social para que nenhuma família fique desabrigada. Nos impactos gerados à saúde da população, existe cuidados de curto prazo, quando os indivíduos são atendidos para tratamento de cortes, traumas e ferimentos mais leves. Os cuidados de médio prazo visam o tratamento de doenças infecciosas como a leptospirose e diarreias. Já a longo prazo, os tratamentos são de doenças psicossociais, comportamentais e agravamento de doenças crônicas (SANTOS; 2012).

Já a respeito das consequências sobre a infraestrutura (fornecimento de água potável por exemplo), serviços, economia, os elementos básicos que dão suporte às condições de vida e à saúde, entre estes, os próprios serviços de saúde, deve-se esperar o fornecimento de soluções rápidas pelas políticas públicas municipais, estaduais e federais.

Mediante o exposto, salienta-se que estes processos devem ter como foco sempre a sustentabilidade socioambiental, que se materializa a partir do momento em que a continuidade de uma atividade é mantida em função dos meios pouco invasivos ao meio ambiente, da aplicação efetiva de métodos de prevenção, de acompanhamento e fiscalização, bem como de obtenção de recursos destinados a eventuais danos que assim mesmo possam ocorrer (CASSALI; 2017).

No intuito de prevenir os prejuízos com os desastres naturais, faz-se necessário executar o Gerenciamento de Desastres Naturais (GDN). (NETO, 2000). Para o gerenciamento existem duas metas, sendo: entender os mecanismos relativos aos fenômenos naturais e aumentar a força da sociedade frente aos fenômenos. Ainda, as metas são realizadas em conjunto pelos pesquisadores e pelos governos, em todas instâncias, assim como, empresas privadas, ONG's e pela população.

A Política Nacional de Defesa Civil apresenta quatro fases ao longo desse processo, sendo elas: a prevenção, a preparação, a resposta e a reconstrução. Essas fases perpassam por etapas desde o pré-evento até o pós evento. E Neto chamou o conjunto destas etapas como o Ciclo de Gerenciamento de Desastres Naturais (CASTRO, 1999; NETO, 2000).

É evidente que, compreender as especificidades dos tipos de desastres naturais são um dos maiores desafios. Os pesquisadores têm a missão de aprofundarem seus conhecimentos técnico-científicos para que os sistemas de monitoramento e a prevenção dos eventos sejam possíveis. Com a otimização da compreensão dos processos haverá um grande ganho para toda sociedade e será possível minimizar as perdas humanas e materiais. Assim como, alinhar os conhecimentos e otimizar o trabalho em equipe de alta performance, para que todos estejamos protegidos.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

CARVALHO, Mauren Lopes de; MAZOTO, Maíra Lopes; BARCELLOS, Christovam; COSTA, André Monteiro; OLIVEIRA, Mara Lúcia Carneiro.

CASSALI, Nina Koja. Desastres ambientais: regulação e métodos de compensação. Revista de Direito da Empresa e dos Negócios. v. 1, n. 2. 2017.

CASTRO, A. L. C. Manual de planejamento em defesa civil. Vol.1. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 1999. 133p.

CORVALAN, Carlos. Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 19(9):3645-3656, 2014.

FREITAS, Carlos Machado de; SILVA, Diego Ricardo Xavier; SENA, Aderita Ricarda Martins de; SILVA, Eliane Lima; SALES, Luiz Belino Ferreira.

GONÇALVES, Edson Fossatti; BRAZETTI, Letícia Luiza Penteado; GOERL, Roberto Fabris; MOLLERI, Gustavo Souto Fontes; RUDORFF, Frederico de Moraes. Prevenção de desastres naturais: conceitos básicos. Florianópolis: Ed. Organic Trading , 2006.

QUESTÃO DISCURSIVA 02 - FORMAÇÃO GERAL

O Brasil está longe de ser um país atrasado do ponto de vista científico e tecnológico. O país está em posição intermediária em praticamente todos os indicadores de produção e utilização de conhecimento e de novas tecnologias. Em alguns indicadores, a situação do país é melhor até do que em alguns países europeus como Portugal ou Espanha e, de modo geral, estamos à frente de todos os demais países latino-americanos. Talvez nosso pior desempenho esteja nos depósitos de patentes, seja no Brasil ou no exterior.

Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33511&Itemid=433

Acesso em: 01 out. 2019 (adaptado).

A partir das informações apresentadas, faça o que se pede nos itens a seguir.

A) Cite dois ganhos possíveis para o campo científico do país, resultantes de uma boa articulação entre os entes representados na figura. (valor: 5,0 pontos).

B) Cite dois ganhos possíveis para o campo econômico do país, resultantes de uma boa articulação entre os entes representados na figura. (valor: 5,0 pontos).

Professor Convidado 1	Pabline Soares Ferreira
Mini currículo Especialista em Enfermagem Estética NEPUGA (2022), Enfermeira graduada pelo Centro Universitário UNIFEMM (2017). Diretora Pedagógica e docente do curso de nível técnico em enfermagem da Proz Educação Profissional, Belo Horizonte, MG, Brasil	

COMENTÁRIOS

Letra a –

O Brasil está em crescente desenvolvimento no âmbito científico e tecnológico. E é notório que existe uma influência direta do estudo científico na criação de novas tecnologias (NEGRI, 2018).

Assim, a produção científica é capaz de criar novos horizontes frente ao conhecimento e desta forma em um prazo prolongado, melhorar a qualidade de vida do indivíduo (TURCHI; MORAIS, 2017).

O progresso da inovação é complexo. Para modernizar é necessário o investimento empresarial em pessoas, materiais e investigações capazes de gerar produtos ou processos inovadores mais dinâmicos. Porém, entende-se que é extremamente necessária uma base científica influente, capaz de criar conhecimento que pode ser empregado nas metodologias de inovação. Sendo então, a ciência a base para um país inovador, uma vez que a educação é imprescindível para o desenvolvimento científico (NEGRI, 2018).

Portanto, pode-se citar como possível ganho para o campo científico do país resultante de uma boa articulação entre o setor público, empresas e a instituição de Ensino Superior, o desenvolvimento da competência científica e tecnológica, seja para sanar impasses técnicos, desenvolver processos, criar novos fundamentos ou abrir novas áreas para pesquisa. Outro possível ganho que pode ser mencionado é o aumento de publicações científicas relevantes frente ao desenvolvimento da comunidade acadêmica.

O Brasil apresenta um bom alicerce científico e uma produção acadêmica internacionalmente expressiva no âmbito de pesquisas relacionadas a saúde. Isso só é factível porque o país possui grandes instituições de pesquisa na área. Deste modo, se as nossas produções científicas e tecnológicas estiverem mais desenvolvidas, e quanto mais integrado estiverem nossos pesquisadores, maior será a viabilidade de se aumentar a capacidade inovadora das empresas. Uma vez que, não adianta lapidar a esfera econômica para a inovação, se o fundamental para que isso ocorra – o conhecimento – não estiver sendo realizado no país. (COUTINHO; FOSS; MOUALLEM, 2017).

Letra b –

Nos últimos anos, a inovação tecnológica tornou-se essencial para mover países ao progresso socioeconômico contínuo, através da elevação da produtividade e da concorrência de seus sistemas produtivos. Essas tecnologias são basicamente produtos ou serviços que precisam chegar ao mercado para que sejam indispensáveis às pessoas (TURCHI; MORAIS, 2017).

Por isso, o método de transmissão de tecnologias e fundamentos da universidade para o setor produtivo é crucial para ampliar o impacto da universidade na comunidade, e isso acontece por diversos canais. (NEGRI, 2018).

Esses canais, podem ser informais ou formais. Como informais temos: a contratação de ex-alunos das universidades, sendo essa uma das principais formas pelas quais o setor produtivo assimila os conhecimentos da universidade. Já entre os formais, estão as pesquisas patrocinadas por empresas, utilização de laboratório, contratos de cessão e o licenciamento de tecnologia patenteadas pelas universidades (NEGRI, 2018).

Assim, pode-se citar como possível ganho para o campo econômico do país resultante de uma boa articulação entre o setor público, empresas e a instituição de Ensino Superior, melhores condições de empregabilidade de ex-alunos, já que os mesmos já possuem um conhecimento prévio sobre determinada inovação tecnológica, devido ao conhecimento científico adquirido nas universidades. A empregabilidade nada mais é do que a habilidade de adaptação do profissional diante das exigências do mercado de trabalho. E diante das tecnologias inovadoras, ampliação da produção, encabeçamento da economia e internacionalização de recursos, emerge a necessidade de adequação das empresas e dos profissionais.

Outro possível ganho que pode ser mencionado é o aumento do investimento financeiro em pesquisas de relevância, de tal maneira evoluindo também o número de patentes.

De acordo com Falce et al (2019), a formação de patentes e o processo de propriedade intelectual podem assinalar avanços no âmbito do desenvolvimento tecnológico de um país. Nessa sequência o autor salienta que o progresso tecnológico tem influência positiva no sistema de crescimento econômico.

Por consequência, um universo econômico ascendente e competitivo inclina-se a incitar as empresas a modernizar e a buscar o conhecimento gerado pela universidade investindo em patentes. Para isso, é significativo que as empresas sejam aptas a entender e assimilar a ciência de ponta criada dentro dessas instituições (NEGRI, 2018).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

COUTINHO, D.R; FOOS, M.C; MOUALLEM, P.S.B (Org). Inovação no Brasil: avanços e desafios jurídicos e institucionais. São Paulo: Blucher, 2017. Disponível em: < https://www.blucher.com.br/livro/detalhes/inovacao-no-brasil-avancos-e-desafios-juridicos-e-institucionais-1362>. Acesso em: 09 de janeiro de 2020.

FALCE, J.L.L et al. Inovação e Patentes: análise longitudinal dos indicadores do estado de Minas Gerais. Revista Brasileira de Gestão e Inovação, v. 6, n. 3, maio/agosto, 2019. Disponível em: < http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/RBGI/article/view/5991> Acesso em: 08 de janeiro de 2020.

NEGRI, F. Novos caminhos para a inovação no Brasil. Washington, DC: Wilson Center, 2018. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33511&Itemid=433>. Acesso em: 08 de janeiro de 2020.

TURCHI, L; MORAIS, J.M (Org). Políticas de apoio à inovação tecnológica no Brasil: avanços recentes, limitações e propostas de ações. Brasília: Ipea, 2017. Disponível em:< http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30774&Itemid=424> Acesso em: 09 de janeiro de 2020.

QUESTÃO 1 - FORMAÇÃO GERAL

O regime internacional de mudanças climáticas, organizado no âmbito do Sistema das Nações Unidas há 24 anos, constitui, em essência, um arranjo institucional dinâmico e de construção permanente. Criado para facilitar o entendimento e promover a cooperação entre as 195 partes signatárias, é dotado de estrutura jurídica e organizacional próprias. A Convenção Quadro das Nações Unidas sobre mudanças climáticas prevê mecanismos para a solução dos conflitos e para promoção da cooperação entre os Estados nacionais.

Disponível em: http://dx.doi.org/10.18623/rvd.v14i29.996 Acesso em: 22 jul. 2019 (adaptado).

A partir do contexto apresentado, é correto afirmar que a Convenção Quadro das Nações Unidas sobre mudanças climáticas objetiva

QUESTÃO ANULADA

A) estimular atores estatais e não estatais a planejar e a executar conjuntamente programas dedicados a garantir a redução da interferência humana no meio ambiente.

B) evitar a propagação do efeito estufa por meio da criação de projetos que visem à redução das emissões a partir de medidas compensatórias, como plantação de árvores e melhor utilização de recursos naturais.

C) estabelecer mecanismos flexíveis destinados a permitir que países que não utilizam toda a sua quota prevista de emissões vendam o seu excedente a outros que necessitam de limites maiores.

D) promover o princípio da responsabilidade comum e demandas diferenciadas para permitir que os países desenvolvidos alterem a média global de aumento da temperatura acordada.

E) assegurar a continuidade dos compromissos para que as metas de redução de emissão mantenham-se regulares e estáveis ao longo dos próximos vinte anos.

GABARITO: QUESTÃO ANULADA	
Verifica-se que o padrão de respostas dos alunos foi bastante abrangente e multifatorial. Envolveu campos diversos, como: o psicossocial; econômico e sociocultural; ambiental; de infraestrutura; sistêmico; seca/estiagem e outros. Demonstrando claramente a abrangência da temática e consequentemente, a questão foi anulada. Entretanto, não nos furtamos de tecer comentários sobre a temática que é atual e importante, assim como, abordamos por uma premissa simplista.	
Professor Convidado 1	Elaine Patrícia Cunha
Mini currículo Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2011), Mestre em Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte (2005), Licenciada em Biologia pela Universidade Vale do Rio Verde de Três Corações (2003). Foi Professora Adjunta nos cursos da Saúde do UNIBH, nas disciplinas Citologia, Histologia, Fisiologia. Atuou como Professora Titular de Histologia Sistêmica do curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília, além de ministrar Citologia e Histologia em cursos da saúde da mesma universidade.	

COMENTÁRIOS

Os desastres naturais são representados por um conjunto de fenômenos que fazem parte da natureza do planeta e que podem provocar consequências catastróficas para os indivíduos e organizações, no âmbito social, econômico e ambiental.

Nos tempos atuais, tem-se observado um aumento significativo na ocorrência desses desastres. Como mostrou Freitas e colaboradores (2014), esses fenômenos estão cada vez mais frequentes e/ou mais graves, sendo percebidos em diversas ocasiões, como por exemplo o que aconteceu nos anos de 2005 e 2010 no Estado do Amazonas, onde houve um incremento significativo de secas severas em uma das regiões de maior disponibilidade hídrica do país e do planeta. Por outro lado, nos anos de 2009 e 2012, este mesmo Estado sofreu inundações graduais que superaram os níveis históricos já registrados até então. Em outro exemplo, em janeiro de 2011, na Região Serrana do Rio de Janeiro foi registrado o maior desastre em termos de óbitos imediatos, quando mais de 900 pessoas perderam suas vidas em razão de deslizamentos de terra. Os impactos causados por esses acontecimentos apresentam efeitos a curto e longo prazo para toda a população, com consequências que afetam o âmbito natural e social. Nesse sentido, tornam-se necessários investimentos em estudos e ações de intervenção e gerenciamento dos riscos e impactos futuros.

O estudo e reconhecimento da exposição e vulnerabilidades das áreas sociodemográficas é um importante passo para iniciar o gerenciamento de riscos. Assim, após o mapeamento e entendimento das vulnerabilidades das regiões de risco, deve-se definir um plano de gestão de riscos, com o intuito de prevenir e mitigar a ocorrência de possíveis desastres naturais, priorizando aqueles com maior potencial de danos e maior probabilidade de ocorrência.

Durante o planejamento dos riscos de desastres naturais, devem ser tratados com igual importância o estudo preventivo, que permite a investigação, avaliação e gestão do risco; bem como, a forma como será realizada a resposta pós-desastre que abrange a mitigação dos danos, respostas de emergência, compensação e reconstrução (GUSMAN; 2003).

Desse modo, há algumas medidas básicas que podem ser tomadas, como por exemplo, medidas estruturais, que envolvem obras de engenharia com a finalidade de proporcionar a contenção de água, rochas, árvores, lama e outros resíduos. Há também as medidas não estruturais, que são aquelas que visam ações de planejamento e gerenciamento, como sistemas de alerta e zoneamento ambiental. Os sistemas de alerta são instrumentos de suma importância, especialmente quando se trata de centros urbanos já implantados, uma vez que possibilita à comunidade ser informada da ocorrência de eventos extremos, de forma a minimizar os danos materiais e humanos (KOBIYAMA; et al. 2006).

Em regiões vulneráveis, uma ação que tem se mostrado bastante produtiva é a criação de ONGs ou associações de moradores que possam agir nos momentos de crise.

Dependendo da extensão do desastre seria difícil para as autoridades e órgãos governamentais terem acesso de imediato às áreas atingidas, em vista disso, também se considera eficaz a autoajuda dos próprios moradores. Outra ação eficiente na prevenção de desastres é a educação ambiental, sendo fundamental a compreensão do modo pelo qual a sociedade interage com a natureza, visto que as interações estabelecidas são fundamentais para a sobrevivência dos seres humanos. A partir desta perspectiva, acredita-se que as comunidades serão capazes de se envolverem em processos participativos e, assim, contribuírem para a prevenção e redução dos desastres (ROSA; et al. 2015).

Mesmo com o plano de riscos concluído e a execução de ações preventivas estabelecidas, muitas vezes não é possível impedir que os desastres ocorram. Com base nisso, sabe-se que a fase de compensação posterior à destruição causada pelo desastre consiste em um momento emergencial, que se conclui no auxílio às vítimas, as quais muitas vezes acabam por perder sua moradia, seus bens, passando a carecer de todo tipo de auxílio para que sejam mantidas suas mínimas condições de dignidade (CASSALI; 2017).

Em 2019, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada(IPEA). publicou o caderno Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que demostrou em uma de suas metas a importância da habilidade de um sistema ou indivíduo de se recuperar após sofrer algum desastre natural:

> “Reforçar a resiliência e a capacidade de adaptação a riscos relacionados ao clima e às catástrofes naturais em todos os países, que consiste essencialmente na habilidade de um sistema ou indivíduo em se recuperar após sofrer perturbações externas e restabelecer o equilíbrio, assim como na capacidade adaptativa, que é o potencial de mudança para um estado mais desejável, frente aos impactos e riscos das mudanças climáticas” (IPEA, 2019).

Sob a ótica ambiental, a recuperação de áreas atingidas pode ser complexa e demorada. Normalmente, é preciso fazer tratamento do solo atingido para que então ocorra replantio de árvores e recuperação da flora local. A recuperação ambiental passa também por uma reconexão da fauna que fugiu do ecossistema procurando abrigo, assim como uma inserção de novas espécies ao local. É imprescindível que haja intervenção humana no auxílio da recuperação de um ecossistema, visto que sozinha a natureza não consegue se reerguer. É um trabalho longo e que precisa de monitoramento por muitos anos.

Do ponto de vista de indivíduos que perdem suas moradias, em algumas localidades, há uma legislação específica que busca prover moradia temporária às pessoas desabrigadas, além de ser necessário estabelecer programas habitacionais de relocação de comunidades atingidas por desastres. Existem casos, onde os municípios podem criar uma política pública de aluguel social para que nenhuma família fique desabrigada.

Nos impactos gerados à saúde da população, existe cuidados de curto prazo, quando os indivíduos são atendidos para tratamento de cortes, traumas e ferimentos mais leves. Os cuidados de médio prazo visam o tratamento de doenças infecciosas como a leptospirose e diarreias. Já a longo prazo, os tratamentos são de doenças psicossociais, comportamentais e agravamento de doenças crônicas (SANTOS; 2012).

Já a respeito das consequências sobre a infraestrutura (fornecimento de água potável por exemplo), serviços, economia, os elementos básicos que dão suporte às condições de vida e à saúde, entre estes, os próprios serviços de saúde, deve-se esperar o fornecimento de soluções rápidas pelas políticas públicas municipais, estaduais e federais.

Mediante o exposto, salienta-se que estes processos devem ter como foco sempre a sustentabilidade socioambiental, que se materializa a partir do momento em que a continuidade de uma atividade é mantida em função dos meios pouco invasivos ao meio ambiente, da aplicação efetiva de métodos de prevenção, de acompanhamento e fiscalização, bem como de obtenção de recursos destinados a eventuais danos que assim mesmo possam ocorrer (CASSALI; 2017).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

CASSALI, Nina Koja. **Desastres ambientais:** regulação e métodos de compensação. Revista de Direito da Empresa e dos Negócios. v. 1, n. 2. 2017.

FREITAS, Carlos Machado de; SILVA, Diego Ricardo Xavier; SENA, Aderita Ricarda Martins de; SILVA, Eliane Lima; SALES, Luiz Belino Ferreira; CARVALHO, Mauren Lopes de; MAZOTO, Maíra Lopes; BARCELLOS, Christovam; COSTA, André Monteiro; OLIVEIRA, Mara Lúcia Carneiro; CORVALAN, Carlos. **Desastres naturais e saúde:** uma análise da situação do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 19(9):3645-3656, 2014.

GUSMAN, Mannuel M. **Towards total disaster risk management approach.** Disponível emhttps://pdfs.semanticscholar.org/f9a1/1e329169aaaf157ec1d3ee5fe94dad9e7302.pdf?_ga=2.233235550.1142242070.1575842352-490192652.1575842352 . Acesso em 08 dez. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Caderno Objetivo de Desenvolvimento Sustentável ODS.** Brasília, 2019.

KOBIYAMA, Masato; MENDONÇA, Magaly; MORENO, Davis Anderson; MARCELINO, Isabela Pena Viana de Oliveira; MARCELINO, Emerson Vieira; GONÇALVES, Edson Fossatti; BRAZETTI, Letícia Luiza Penteado; GOERL, Roberto Fabris; MOLLERI, Gustavo Souto Fontes; RUDORFF, Frederico de Moraes. **Prevenção de desastres naturais:** conceitos básicos. Florianópolis: Ed. Organic Trading , 2006.

ROSA, Teresa da Silva; MENDONÇA, Marcos Barreto; MATOS, Marco Túlio Gava Monteiro; SOUZA, Ricardo Matos de; LUCENA, Rejane. **A educação ambiental como estratégia para a redução de riscos socioambientais**. Ambiente & Sociedade, 2015.

SANTOS, Rúbia dos. **Gestão de desastres e política de assistência social.** R. Katál., Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 32-40, jan./jun. 2012.

QUESTÃO 2 - FORMAÇÃO GERAL

CAMPOS, A. **Despoesia**. São Paulo: Perspectiva, 1994 (adaptado).

Augusto de Campos é um artista concretista brasileiro cuja poética estabelece a relação de diálogo entre o aspecto visual, sonoro e tátil do texto verbal.

Com base no poema apresentado, avalie as afirmações a seguir.

I. O aspecto sensorial é construído por meio da exploração da dimensão visual das palavras, sendo a imagem um elemento essencial do texto.

II. O artista utiliza técnicas de diagramação, harmonizando os componentes gráficos e espaciais, que se transformam em elementos de construção de sentidos diversos.

III. A impressão de movimento caótico cria o efeito de uma espécie de big-bang que atua sobre ambas as palavras: poema e bomba.

IV. A utilização do espaço é secundária para a construção de sentidos da obra, já que a palavra escrita, nesse caso, é suficiente para a leitura do poema.

É correto o que se afirma em

A) I, apenas.

B) II e IV, apenas.

C) III e IV, apenas.

D) I, II e III, apenas.

E) I, II, III e IV.

GABARITO D	
Professor Convidado 1	Shirlei Moreira da Costa Faria

Mini currículo
Graduada em Enfermagem pela Faculdade Estácio em Belo Horizonte, graduando Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente bolsista de iniciação científica pelo CNP q Brasil, participante de pesquisas na área de urgência e emergência, transplantes e internações hospitalares de idosos: um estudo na Rede FHEMIG, além de projetos e eventos de extensão universitária na Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente leciona na Escola Técnica da Santa Casa Belo Horizonte em cursos de capacitação em saúde.

Professor Convidado 2	Alanna Gomes da Silva

Mini currículo
Aluna de Doutorado e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (2017). Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2012). Técnica em Gestão de Serviços de Saúde pelo CEFET-MG (2008). Membro do grupo de pesquisa Observatório de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Atua em pesquisas com foco nas Doenças Crônicas Não transmissíveis. Tem experiência na área de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde.

COMENTÁRIOS

Verifica-se que o padrão de respostas dos alunos foi bastante abrangente e multifatorial. Envolveu campos diversos, como: o psicossocial; econômico e sociocultural; ambiental; de infraestrutura; sistêmico; seca/estiagem e outros. Demonstrando claramente a abrangência da temática e consequentemente, a questão foi anulada. Entretanto, não nos furtamos de tecer comentários sobre a temática que é atual e importante, assim como, abordamos por uma premissa simplista.

O concretismo surgiu no Brasil na década de 50 do século anterior preconizando a poesia como expressão de liberdade. Constituiu-se em inovação por apresentar conceito progressivo a partir de mudança do aspecto formal em que a poesia passou ser escrita (SOUZA, 2006).

No Poema Bomba de Augusto de Campos, o aspecto sensorial, as técnicas de diagramação e a impressão do movimento caótico são características fundamentais e expressas. As técnicas de diagramação podem ser vistas através da disposição geométrica das palavras e tamanhos e formas diferentes das letras, bem como, a justaposição dos substantivos com função alternada de nome ou metaplasmo (JUNIOR, 2017).

A impressão de movimento caótico segundo Carvalho (2007). ocorre por meio da oposição sonora e visual entre as palavras dispostas na página, de modo simularem uma explosão. O “b” tem o mesmo desenho que o “p” invertido. Ela decorre ainda ao motivo temático da explosão e ao sentido da metáfora. Em que as palavras estão disponibilizadas em órbitas expandidas para fora do espaço ocorrendo sempre à justaposição das palavras (JUNIOR, 2017). Em contrapartida, a construção do espaço não é uma questão secundária para o poeta, mas, sim, primordial na construção do poema. Pois, a todo o tempo considera-se a necessidade de utilização de componentes gráficos e espaciais, sendo definido por Campos (1975). como uma forma de ampliar o círculo de suas relações com os demais aspectos, visuais e vocais do poema.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

CAMPOS, A. Pontos periferia – poesia concreta. In: PIGNATARI, D; CAMPOS, A; CAMPOS, H. **Teoria da poesia concreta: textos críticos e manifestos (1950-1960)**. São Paulo: Duas cidades, 1975.

CARVALHO, A. A. F. **Poesia concreta e mídia digital: o caso Augusto de Campos**. 2007. Dissertação. Programa de Pós Graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo. 2007.

JÚNIOR, E. F. Metarretórica, conceito e aplicação: a poética de Augusto de Campos. **Revista Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea**, Brasília. n. 50, p. 205-220, jan./abr. 2017.

SOUZA, G. S. **Antilira de Augusto de Campos: leituras de invenções poéticas**. 2006. Dissertação [Mestrado]- Programa de Pós Graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo. 2006.

QUESTÃO 3 - FORMAÇÃO GERAL

Na história das civilizações humanas, a agricultura esteve relacionada à origem de um fenômeno que se tornaria o marco da economia alimentar: o aumento demográfico. Entretanto, apesar de toda a força civilizatória da agricultura, muitos povos tornaram-se vulneráveis por falta de alimentos.

Mesmo com o aumento do volume de alimentos, o número de indivíduos subnutridos é grande, como demonstrado pelos dados estatísticos da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO). A análise dos dados revela que, até 2014, a quantidade de pessoas desnutridas no mundo estava diminuindo, porém, entre 2015 e 2017, esse número aumenta.

LIMA, J. S. G. Segurança alimentar e nutricional: sistemas agroecológicos são a mudança que a intensificação ecológica não alcança. **Ciência e Cultura**, v. 69, n. 2, 2017 (adaptado).

Considerando a segurança alimentar e a nutrição no mundo, avalie as afirmações a seguir.

I. O conceito de segurança alimentar e nutricional admite que a fome e a desnutrição são problemas de oferta adequada e garantia de alimentos saudáveis, respeitando-se a diversidade cultural e a sustentabilidade socioeconômica e ambiental. ,

II. A segurança alimentar e nutricional compreende a produção e a disponibilidade de alimentos, bem como o acesso à alimentação adequada e saudável.

III. A escassez da oferta de alimentos nas últimas décadas decorre da falta de processos de produção e disseminação tecnológica que garantam a produção no campo frente às mudanças climáticas.

É correto o que se afirma em

A) I, apenas.

B) III, apenas.

C) I e II, apenas.

D) II e III, apenas.

E) I, II e III.

GABARITO C	
Professor Convidado 1	Nathalia Sernizon Guimarães

Mini currículo
Nutricionista pelo Centro Universitário de Belo Horizonte. Mestre em Saúde e Nutrição pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atualmente realiza o estágio pós-doutoral no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Nutrição, com ênfase em Nutrição e Saúde Coletiva, pela UFOP. Têm experiência na área de Nutrição, atuando principalmente nos temas: Epidemiologia, Epidemiologia Nutricional, Nutrição Baseada em Evidências.

COMENTÁRIOS

A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico assegurado pela Constituição Federal brasileira de 1988 por meio do sexto artigo da emenda (PEC) 047, de 04 de fevereiro de 2003 que, também prevê outros direitos sociais como a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à humanidade e à infância e a assistência aos desamparados.

Este direito, denominado o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), é inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva.

Portanto, se realiza quando todo ser humano, sozinho ou em comunidade com os outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, a uma alimentação adequada ou aos meios necessários para sua obtenção. A garantia ao acesso permanente e regular, de modo socialmente justo, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, atende ao ciclo de vida e às necessidades alimentares especiais, de acordo com a tradição local. Esta garantia, denominada Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), extrapola as dimensões nutricionais do alimento e deve obedecer aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação, prazer (sabor), dimensões de gênero e etnia, além de formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e organismos geneticamente modificados.

Desta forma, o conceito de SAN admite que a fome e a desnutrição são problemas na oferta adequada e garantia de alimentos saudáveis, respeitando-se a diversidade cultural e a sustentabilidade socioeconômica e ambiental.

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN). é um campo do conhecimento que agrega a articulação de diferentes aspectos do saber, como por exemplo, aspectos alimentares, nutricionais, agrícolas, agrários, humanos, sociais, antropológicos, culturais, políticos, econômicos, educacionais e psicológicos. Esta ciência transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional tem por objetivo assegurar o DHAA e a SAN. As ações de EAN devem ser voltadas a problematizações do sistema alimentar e não só aos aspectos nutricionais dos alimentos. Entender aonde os alimentos se situam, problematizar a sustentabilidade ecológica, social e econômica dos alimentos são ações que auxiliam os indivíduos a compreenderem em sua totalidade, que o ato de comer, envolve muito mais do que ingerir nutrientes. A EAN, sobretudo a SAN, compreende o entendimento da produção e da disponibilidade de alimentos, bem como o acesso à alimentação adequada e saudável.

A falta de acesso a alimentos em quantidade e qualidade adequadas, a dificuldade das mães que não conseguem amamentar os filhos por motivos de trabalho, saúde ou falta de apoio, as dificuldades de acesso à água potável, a desnutrição ou mal nutrição (anemias, hipovitaminoses, obesidade, aumento do colesterol, hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares), as moradias insalubres, o uso indiscriminado de agrotóxicos e os serviços de saúde e educação deficientes são exemplos de situações que violam o DHAA e, por sua vez, a SAN gerando o quadro de insegurança alimentar e nutricional.

Outro problema que envolve a SAN são as escolhas alimentares por parte da população. Estudos sobre o padrão alimentar da população brasileira nas ultimas décadas destacam uma progressiva e rápida substituição de alimentos básicos tradicionais da dieta do brasileiro, como arroz e feijão, por alimentos ultraprocessados como refrigerantes, biscoitos e refeições prontas. Esse padrão alimentar está associado ao perfil nutricional desfavorável da dieta, impactando negativamente no estado nutricional da população brasileira. No Brasil, as DCNT foram responsáveis, em 2016, por 74% do total de mortes (WHO, 2018c) Atualmente, segundo os dados da pesquisa de "VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO" (VIGITEL). publicados em junho de 2019 houve aumento de 67,8% na prevalência de obesidade entre adultos brasileiros considerando os últimos treze anos, saindo de 11,8% em 2006 para 19,8% em 2018.

Desta maneira, a escassez da oferta de alimentos nas últimas décadas não está associada a falta de processamento dos alimentos e sim relaciona-se com a não utilização racional dos alimentos e preparações nas formas in natura ou minimamente processadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Decreto n 7272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei n 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26.ago.2010.

JAIME PC. **Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição**. 1 ed. Atheneu; Rio de Janeiro: 2019. 256p.

QUESTÃO 4 - FORMAÇÃO GERAL

Segundo resultados da última Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB) de 2008, a quase totalidade dos municípios brasileiros tinha serviço de abastecimento de água em pelo menos um distrito (99,4%). Além da existência da rede, uma das formas de se avaliar a eficiência do serviço de abastecimento de água à população é examinar o volume diário per capita da água distribuída por rede geral. No ano de 2008, foram distribuídos diariamente, no conjunto do país, 320 litros per capita, média que variou bastante entre as regiões. Na Região Sudeste, o volume distribuído alcançou 450 litros per capita, enquanto na Região Nordeste ele não chegou à metade desta marca, apresentando uma média de 210 litros per capita. Embora o volume total tenha aumentado em todas as regiões do país, comparando-se com os números apresentados pela PNSB de 2000, as diferenças regionais permaneceram praticamente inalteradas.

Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=280933 Acesso em: 01 out. 2019 (adaptado).

Com base nas informações apresentadas, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. Em algumas regiões do Brasil, os índices referidos estão abaixo da média nacional, indicando diferenças de acesso de qualidade a abastecimento de água que podem impactar a saúde pública.

PORQUE

II. O aumento da eficiência da política pública de abastecimento de água no Brasil contribui para o desenvolvimento nacional, para a redução dos desequilíbrios regionais e para a promoção da inclusão social.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

A) As asserções I e II são verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da **I.**

B) As asserções I e II são verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I..

C) A asserção I é uma proposição verdadeira e a II é uma proposição falsa.

D) A asserção I é uma proposição falsa e a II é uma proposição verdadeira.

E) As asserções I e II são falsas.

GABARITO B	
Professor Convidado 1	Ana Cristina Viana Campos
Mini currículo Cirurgiã-dentista, bacharel em Odontologia pelas Faculdades Federais Integradas de Diamantina/UFJVM (2003), Mestre e Doutora, em Odontologia, área de concentração em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-graduação em Odontologia/UFMG (2014) e especialista em Saúde da Família e em Bioestatística pela Pontifica Universidade Católica de Minas Gerais (2013). Pós-doutora pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFPA sob a supervisão da Profa. Lúcia Takase (PNPD 2015). Atualmente é Professora Adjunta da Faculdade de Saúde Coletiva (FASC) e Diretora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde e Biológicasda Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (IESB/Unifesspa). Desde 2018, é também Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Matemática (PPGECM/Unifesspa); Presidente da Comissão Organizadora do Processo Estatuinte da Unifesspa (Portaria 1692/2019) e Coordenadora Geral da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia de Marabá (LAGGMA). Pesquisa principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia e Modelos Estatísticos Multivariados; Iniquidades em Saúde; Educação em Saúde; Metodologias Ativas de Ensino; Tecnologias Digitais na Educação; Envelhecimento; Qualidade de Vida; Capital Social; Religiosidade, Espiritualidade e Crenças pessoais. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0596-6632	
Professor Convidado 2	Sidnei Cerqueira dos Santos
Mini currículo Licenciado em Ciências Biológicas pela Universidade Católica do Salvador (UCSal). Especialista em Microbiologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre e Doutor em Biotecnologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e Universidade Estadual do Ceará (UECE/RENORBIO), respectivamente. Atualmente é Professor Adjunto da Faculdade de Biologia (FACBIO) e Diretor-Geral do Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (IESB/Unifesspa). Tem experiência na área de Biotecnologia, Microbiologia Micologia e Propriedade Intelectual. Atuando principalmente nos seguintes temas: atividade antimicrobiana, prospecção de produtos microbianos com potencial biotecnológico, qualidade microbiológica da água, biorremediação microbiana e prospecção tecnológica.ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1169-256X	
COMENTÁRIOS A relação entre piores indicadores de saúde em municípios e regiões brasileiras com condições precárias de saneamento básico tem sido discutida na literatura, indicando que se trata de um problema de saúde pública ainda sem solução (NAHAS et al., 2019; QUEIROZ et al., 2015). Massa e Chiavegatto Filho (2020) relatam que as piores condições de saneamento básico podem ser fatores prejudiciais a autoavaliação de saúde, mesmo considerando as diferenças entre as características individuais (idade, sexo, cor da pele, escolaridade, estado civil, tabagismo) e contextuais (renda per capita da capital de residência), com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) das capitais brasileiras de 2013. Dentre as condições de saneamento básico, o abastecimento de água é considerado um grande fator de risco para doenças de veiculação hídrica, especialmente para as doenças diarreicas entre crianças (AGUIAR et al., 2020; SANTOS et al., 2020). A Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB) do ano de 2008 investigou as condições do saneamento básico em todos os municípios brasileiros, junto às prefeituras municipais e empresas contratadas para a prestação desses serviços. Além de medir a cobertura nacional, a pesquisa teve o objetivo de avaliara oferta e a qualidade dos serviços prestados, bem como as condições ambientais e suas implicações diretas com a saúde e a qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2008). A PNSB mostrou que a distribuição de água por rede geral é o serviço de abastecimento que apresenta a maior cobertura territorial. Dos 5564 municípios brasileiros em 2008, apenas 33 não possuíam serviço de abastecimento de água por rede geral de distribuição em nenhum de seus distritos, sendo que no ano 2000 o déficit era de 116 municípios. Entretanto, observa-se também grandes desigualdades regionais (Figura 1), principalmente em áreas rurais. Enquanto a região Sudeste possui a melhor cobertura de abastecimento de água por distribuição geral do país, as regiões Norte e Nordeste possuem os menores serviços de abastecimento de água, 98,4% e 98,8%, respectivamente, destacam-se os estados da Paraíba, Piauí e Rondônia, com11, 5 e 4 municípios, respectivamente, sem serviço de abastecimento de água por rede geral de distribuição (VIEITES, 2011).	

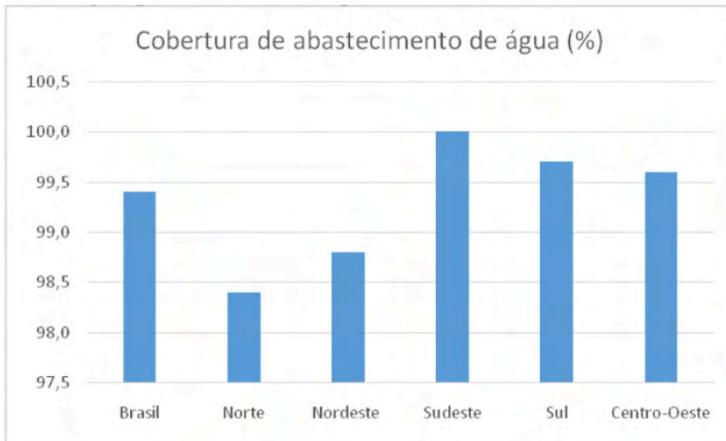



Figura 1. Distribuição percentual de cobertura de abastecimento de água por distribuição geral no Brasil e regiões em 2008.

Fonte: Autores, produzido a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008 (VIEITES,2011).

Outro indicador importante para avaliar a eficiência do serviço de abastecimento por rede geral é o volume diário de água per capita distribuída à população. A média nacional de distribuição diária de água per capita em 2008 foi de 320 litros. A região Sudeste apresentou o maior volume diário per capita de água distribuída por rede geral, superando à média nacional (Figura 2). Por outro lado, é estranho observar que a região Norte possua volume diário per capita de água superior à região Sul (VIEITES, 2011), considerada tradicionalmente a região do Brasil com melhores indicadores sociais e condições de vida. Uma possível explicação é que a água pode estar chegando de forma desigual nos domicílios da região Norte, ou seja, menos pessoas recebem o maior volume de água diariamente. Estes dados indicam que o índice de volume diário per capita de água distribuída por rede geral apresentada grande desigualdade regional.

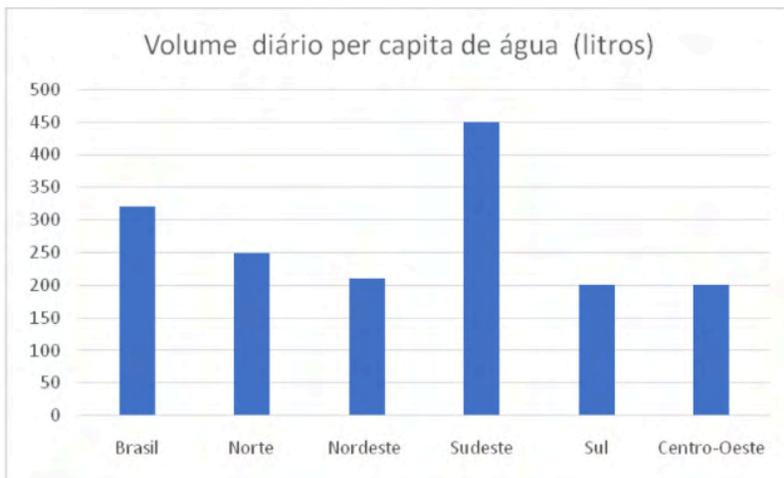



Figura 2. Distribuição percentual de volume diário per capita de água distribuída por rede geral no Brasil e regiões em 2008.

Além da cobertura, é importante analisar as formas alternativas de abastecimento de água em relação ao volume diário per capita da água (Figura 3), como carros-pipas, poços particulares, chafarizes, bicas ou minas. Estas formas alternativas abastecem um total de 826 municípios, sendo que 7.931 municípios possuem esse perfil de acesso à água e 33 que não dispõem de rede de abastecimento. A região Nordeste foi a que mais registrou formas alternativas de abastecimento de água (30%), valor duas vezes maior que o nacional (14,8%), destacando-se os estados do Piauí, Ceará e Maranhão.

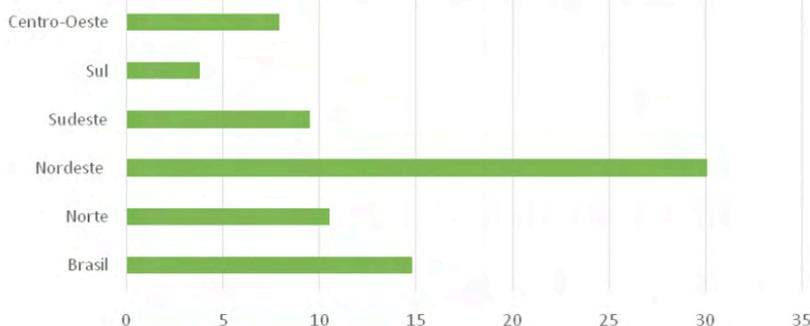



Figura 3. Distribuição percentual de formas alternativas de abastecimento de água e volume diário per capita da água distribuída por rede geral no Brasil e regiões em 2008.

Fonte: Autores, produzido a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008 (VIEITES, 2011)

O serviço de abastecimento de água por rede geral de distribuição tem avançado consideravelmente nas últimas décadas, entretanto, é importante ressaltar que os dados demonstradosnão significam o pleno atendimentodo serviço à totalidade das populações residentes nos municípios, pois a pesquisaconsidera como serviço todo o município que apresenta, pelo menos, um únicodistrito, total ou parcialmente contemplado com rede de abastecimento de água,sem levar em consideração a eficiência do serviço prestado e o número de ligaçõesdomiciliares (VIEITES, 2011). Considerando a importância da água para a saúde pública, a Assembleia Geral das Nações Unidas declarou em 2010 quea água limpa e segura e o saneamentosão direitossociais essenciais para gozar plenamente a vida e todos os outros direitos humanos. Dessa forma, cabe também aosEstados desenvolver ferramentas e mecanismos adequados para garantir o abastecimento integral a toda a população (ONU, 2010). Portanto, se faz necessário investir em programas e ações no âmbito do saneamento básico, com vistas à universalização e à qualidade dos serviços.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

AGUIAR, K.C.G et al. Risk factors for diarrhea occurrence in children living in Guaratiba Island (RJ). **Saúde Debate**, v.44, n.124, p.205-220, jan.-mar. 2020.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico**–PNSB. IBGE: Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/meio-ambiente/9073-pesquisa-nacional-de-saneamento-basico.html?=&t=o-que-e. Acesso em:20 jul. 2020.

MASSA, Kaio Henrique Correa; CHIAVEGATTO FILHO, Alexandre Dias Porto. Saneamento básico e saúde autoavaliada nas capitais brasileiras: uma análise multinível. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.23, e200050, 2020.

NAHAS, M.I.P. et al. Desigualdade e discriminação no acesso à água e ao esgotamento sanitário na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00100818, 2019.

Organização das Nações Unidas. **O Direito Humano à Água e Saneamento**. In: Programa da Década da Água da ONU-Água sobre Advocacia e Comunicação (UNW-DPAC). Disponível em: <>. Acesso em: 9 jul. 2020.

PAIVA, R.F.P.S.; SOUZA, M.F.P. Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e amorbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00017316, 2018.

QUEIROZ, M.C.; RENOVATO, S.R.; SIQUEIRA, P.C.; et al. Indicadores socioeconômicos e a oferta de serviços na atenção básicaem saúde bucal em municípios do Estado de Goiás, Brasil. **Revista Odonto Ciência**(Online), v. 30, p. 91, 2015.

SANTOS, T. L.; CUNHA, C. V; CAMPOS, A. C. V.; SANTOS, S. C. Qualidade microbiológica da água para consumo humano em comunidades ribeirinhas de Itupiranga-PA, Brasil. **Brazilian Journal of health** Review, v. 3, n. 4, p. 9005-9020, 2020.

VIEITES, Ethel Guedes. Acesso e qualidade das redes de saneamento segundo as Unidades da Federação. Rede de abastecimento de água. In: **Atlas de saneamento**. IBGE: Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv53096_cap7.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

QUESTÃO 05- FORMAÇÃO GERAL

Aldeia Watoriki, Terra Indígena Yanomami, Amazonas/Roraima

Disponível em: <http://www.funai.gov.br/>. Acesso em: 26 ago. 2019 (adaptado).

Aldeia Gavião Parkatejê, Terra Indígena Mãe Maria, Pará

Disponível em: <http://www.videosnaaldeia.org.br>. Acesso em: 27 set. 2019 (adaptado).

O Supremo Tribunal Federal definiu, em 2009, os critérios para o reconhecimento de determinada terra como território indígena, sendo eles: o marco da tradicionalidade da ocupação; o marco temporal da ocupação; o marco da concreta abrangência e finalidade prática da ocupação tradicional; e, por fim, o marco da proporcionalidade, que consiste na aplicação do princípio da proporcionalidade em matéria indígena. De acordo com o marco da tradicionalidade da ocupação, para que uma terra indígena possa ser considerada tradicional, as comunidades indígenas devem demonstrar o caráter de perdurabilidade de sua relação com a terra, caráter este demonstrado em sentido de continuidade etnográfica.

Disponível em: https://doi.org/10.12957/publicum.2018.37271 . Acesso em: 27 set. 2019 (adaptado).

Com base nas imagens e informações acerca dos referidos marcos para o reconhecimento de determinada terra como indígena, avalie as afirmações a seguir.

I. A tradicionalidade é um elemento fundamental para a perpetuação dos vínculos territoriais das populações indígenas, já que remete ao caráter estático de seus modos de vida.

II. Os marcos de reconhecimento da ocupação viabilizam o alcance do direito de utilização das terras em diferentes tipos de atividades produtivas por parte das comunidades indígenas.

III. O critério de ocupação tradicional considera que a terra indígena proporciona elementos materiais e simbólicos essenciais à transmissão dos legados culturais entre gerações.

IV. O reconhecimento de terras ancestrais integra-se à lógica da homogeneidade

cultural, já que esta medida valoriza a cultura e a participação dos povos indígenas como elementos do amálgama cultural brasileiro.

É correto apenas o que se afirma em

A) I e III.

B) I e IV.

C) II e III.

D) I, II e IV.

E) II, III e IV.

GABARITO C	
Professor Convidado 1	Palloma Maciel Chaves de Souza Cordeiro

Mini currículo

Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Especialista em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), atuando como Coordenadora da Atenção Primária à Saúde do Município de Inhaúma -MG, Docente na Faculdade Atenas de Sete Lagoas para o curso de Medicina e na Faculdade Promove de Sete Lagoas no curso de Enfermagem.

COMENTÁRIOS

O Supremo Tribunal Federal decidiu no ano de 2009, a partir do voto de relatoria do Ministro Carlos Ayres Britto, pelo reconhecimento da legalidade do processo administrativo da demarcação das terras indígenas, a partir da tese do marco temporal. Assim, ficou estabelecido o “Conteúdo Positivo do Ato de Demarcação das Terras Indígenas”, criando os parâmetros para a demarcação destas terras. Nesse sentido, o Ministro Carlos Britto definiu critérios para que determinada terra seja reconhecida por direito como terra indígena, sendo estes quatro marcos para tal reconhecimento: o marco temporal da ocupação; o marco da tradicionalidade da ocupação; o marco da concreta abrangência fundiária e da finalidade prática da ocupação tradicional; e, por fim, o marco da proporcionalidade. (PEGORARI, 2017; SUPREMO, 2009).

Abordando a teorização dos quatro marcos, levantamos o primeiro citado: o marco temporal da ocupação. Tal marco trabalha com a data da Constituição Federal – 5 de outubro de 1988 - como referencial para o dado da ocupação das terras de um espaço geográfico por determinada etnia indígena, ou seja, trata da necessidade de que as comunidades indígenas habitarem o território no dia da promulgação da Constituição Federal para que de fato seja reconhecido aos índios, seus direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam. Este parâmetro restringe o direito à terra para as comunidades que não se encontravam em seus territórios desta data em diante, não levando em consideração a história de situações em que os indígenas foram expulsos de suas terras pelos não índios e a elas foram impedidos de regressar, ainda que com a terra guardassem as condições necessárias – materiais e imateriais – para a configuração da ocupação tradicional (DEMÉTRIO; KOZICKI, 2019; ARAÚJO; MORAES, 2018; SUPREMO, 2009).

O segundo marco citado é o da tradicionalidade da ocupação, que define que além desta coletividade indígena estar situada em um determinado espaço fundiário, esta comunidade deve sustentar o caráter perdurável da sua relação com a terra, ou seja, uma conectividade duradoura, perpétua. Este caráter deve ser demonstrado em sentido anímico e psíquico de continuidade etnográfica, ou seja, com o uso da terra para o exercício das tradições, costumes e subsistência. O referido critério estabelece que os indígenas devem preencher, basicamente dois elementos no território: um imaterial (espiritual, ancestral, psicológico). e outro material (da relação direta com a terra, pesca, caça etc.). (ARAÚJO; MORAES, 2018; PEGORARI, 2017; SUPREMO, 2009).

Em relação ao marco da concreta abrangência fundiária e da finalidade prática da ocupação tradicional, há uma valorização do parâmetro da ancestralidade e da “utilidade prática a que deve servir a terra tradicionalmente ocupada”. As áreas indígenas são demarcadas para servir concretamente de habitação permanente dos índios de uma determinada etnia, devendo ser utilizadas para suas atividades produtivas, mais as ‘imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar’ e ainda aquelas que se revelarem ‘necessárias à reprodução física e cultural’ de cada qual das comunidades étnico-indígenas, ‘segundo seus usos, costumes e tradições’. Terra indígena, no imaginário coletivo aborígine, não é um simples objeto de direito, mas ganha a dimensão de verdadeiro ente ou ser que resume em si toda ancestralidade, toda comteporaneidade e toda posteridade de uma etnia.

Donde a proibição constitucional de se remover os índios das terras por eles tradicionalmente ocupadas, assim como o reconhecimento do direito a uma posse permanente e usufruto exclusivo, de parelha com a regra de que todas essas terras 'são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis' (§ 4º do art. 231 da Constituição Federal). (ARAÚJO; MORAES, 2018; BRASIL, 1988; PEGORARI, 2017; SUPREMO, 2009).

Por fim, o marco da proporcionalidade, que consiste na aplicação do princípio da proporcionalidade em matéria indígena, com um conteúdo extensivo. A Constituição de 1988 faz dos usos, costumes e tradições indígenas o engate lógico para a compreensão, entre outras, das semânticas da posse, da permanência, da habitação, da produção econômica e da reprodução física e cultural das etnias nativas. O próprio conceito do chamado 'princípio da proporcionalidade', quando aplicado ao tema da demarcação das terras indígenas, ganha um conteúdo peculiarmente extensivo. (BRASIL, 1988; PEGORARI, 2017; SUPREMO, 2009).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ARAÚJO, Silvia Dettmer; MORAES, Julia Thaís de Assis. O direito à terra indígena sob a perspectiva da CF/88 e dos direitos humanos e sua respectiva aplicação no caso Guyraroká em Mato Grosso do Sul. **Revista Publicum,** v. 4, Edição Comemorativa, p. 124-141, 2018.

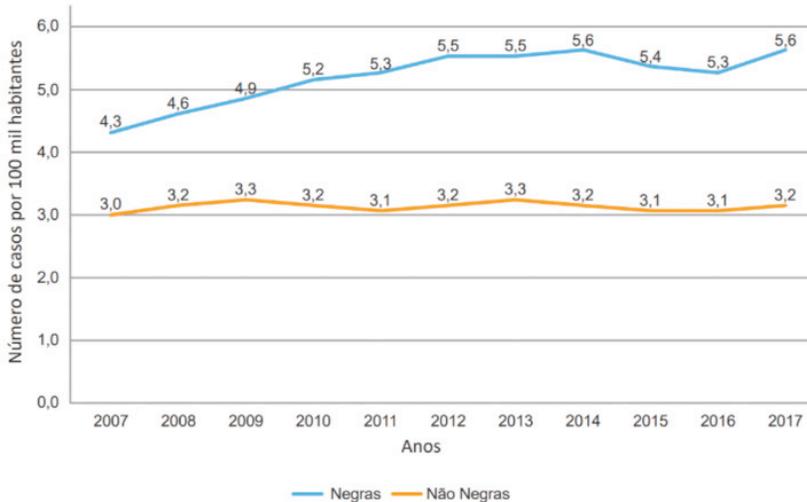
BRASIL. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

DEMÉTRIO, André; KOZICKI, Katia. A (In).Justiça de Transição para os Povos Indígenas no Brasil. **Revista Direito e Práxis,** v. 10, n. 1, p. 129 - 169, jan-mar, 2019.

PEGORARI, Bruno. A tese do "marco temporal da ocupação" como interpretação restri va do direito à terra dos povos indígenas no Brasil: um olhar sob a perspec va da Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Revista Aracê – Direitos Humanos em Revista,** v. 4, p. 242 – 262.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Pet. 3.388. Voto Min. Rel. Carlos Ayres Brito. Julgado em 24.09.2009.

QUESTÃO 06- FORMAÇÃO GERAL

Conforme dados do Atlas da Violência 2019, apresentados no gráfico a seguir, verifica-se o crescimento no número de homicídios de mulheres no país durante o período de 2007 a 2017. Nesse período, a taxa de homicídios entre as mulheres negras cresceu mais do que a taxa de homicídios entre as mulheres não negras. A classificação de raça/cor do IBGE agrega negras como a soma de pretas e pardas e não negras como a soma de brancas, amarelas e indígenas.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fórum Brasileiro de Segurança Pública (Orgs.). **Atlas da violência 2019**. Brasília: Ipea, 2019 (adaptado).

Considerando as informações apresentadas, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. O maior crescimento dos casos de homicídios de mulheres negras em comparação com os casos de mulheres não negras indica a relevância dos estudos a respeito das múltiplas variáveis relacionadas a este fenômeno social.

PORQUE

II. A análise do gráfico permite concluir que, no início da série histórica, havia um contexto favorável à superação da situação social de maior vulnerabilidade da mulher negra, em razão da menor diferença entre as taxas de homicídios.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

A) As asserções I e II são verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

B) As asserções I e II são verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

C) A asserção I é uma proposição verdadeira e a II é uma proposição falsa.

D) A asserção I é uma proposição falsa e a II é uma proposição verdadeira.

E) As asserções I e II são falsas.

GABARITO C	
Professor Convidado 1	Solange Clessêncio Ferreira Diniz

Mini currículo

Doutoranda em Ciências Sociais pela PUC Minas. Mestre em Ciências da Saúde pelo IEC PUC Minas, Docente do Instituto de Educação Continuada (IEP). em Urgências e Emergências Obstétricas. Preceptora de estágio do Centro Universitário UNA na Saúde da Mulher e do Recém Nascido. Enfermeira Obstetrica/UFMG Preceptora da Residência em Enfermagem Obstétrica. Coordenadora e professora da disciplina da Saúde Sexual e Reprodutiva do programa de Residência em Enfermagem Obstétrica. Coordenadora do Ambulatório de PNRH do HSF. Enfermeira Obstétrica do Hospital Sofia Feldman atuando na sala de parto e Pré-natal

COMENTÁRIOS

A análise do gráfico não permite a identificar com clareza o contexto da vulnerabilidade da mulher. Ou seja não é possível através da leitura do gráfico afirmar enunciado da questão citada apesar disso fica claro que a resposta que mais se identifica a questão está na letra: C

Portanto o gráfico ele ilustra bem o texto citado quando ele afirma que entre o ano de 2007 e o ano de 2017 morreu mais mulheres negras em relação as não negra. Neste sentido é possível afirmar que a taxa de mortalidade das negras é maior do que as mulheres não negras.

De cada quatro pessoas assassinadas no Brasil em 2017, três eram negras, segundo os dados do Ipea. A taxa de homicídios para esse grupo da população chegou a 43,1 para 100 mil habitantes, enquanto a dos não negros fechou o ano em 16 por 100 mil.

O Instituto aponta que houve uma piora na desigualdade racial nesse aspecto entre 2007 e 2017, já que a taxa cresceu 33,1% para os negros e 3,3% para as não negras. Apenas entre 2016 e 2017, a taxa de homicídios de negras no Brasil cresceu 7,2%.

Em números absolutos, o país registrou 49.524 assassinatos de negras em 2017, um aumento de 62,3% em relação a 2007 e de 9,1% ante 2016. Quando são analisados os não negras, os números absolutos tiveram queda de 0,8% em relação a 2016 e alta de 0,4% perante 2007, fechando 2017 em 14.734 mortes.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002.

KURCGANT, P; CIAMPONE, M.H.T; MELLEIRO, M.M. O planejamento as organizações de saúde: análise da visão sistêmica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2006; 27(3): 351-5.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. 11º Edição. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília: Presidência da República, 2017. Disponível em: . Acesso em: 16 maio 2018.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Governo. **Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 2017**: desigualdade racial, municípios com mais de 100 mil habitantes / Secretaria de Governo da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017. 87 p.

QUESTÃO 07- FORMAÇÃO GERAL

Disponível em: <https://publications.iadb.org/en/publication/16231/guia-operacional-de-acessibilidade-para-projetos-em-desenvolvimento-urbano-com>. Acesso em: 11 set. 2019 (adaptado).

O princípio da acessibilidade dispõe que na construção de espaços, na formatação de produtos e no planejamento de serviços deve-se considerar que as pessoas com deficiência (PCD) são usuárias legítimas, dignas e independentes. Nenhum serviço pode ser concedido, permitido, autorizado ou delegado sem acessibilidade plena, para não obstaculizar o exercício pleno dos direitos pelas pessoas com deficiência. A acessibilidade é um direito de todos os cidadãos e, por isso, não se limita a propiciar a inclusão de pessoas com deficiência, mas também de pessoas com mobilidade reduzida, idosos, gestantes e em situação vulnerável.

OLIVEIRA, S. M. de. Cidade e acessibilidade: inclusão social das pessoas com deficiências. In: **VIII Simpósio Iberoamericano em comércio internacional, desenvolvimento e integração regional,** 2017 (adaptado).

Considerando a imagem e as informações apresentadas, avalie as afirmações a seguir.

I. Projetar e adaptar as vias públicas facilita a circulação das pessoas com dificuldade de locomoção e usuários de cadeiras de rodas, sendo uma medida adequada de acessibilidade.

II. Padronizar as calçadas com implantação universal de rampas, faixas de circulação livres de barreiras, guias e pisos antiderrapantes atende ao princípio da acessibilidade.

III. Garantir a ajuda de terceiros a pessoas com deficiências, nos edifícios públicos e em espaços abertos públicos, é uma previsão legal convergente ao princípio da acessibilidade.

IV. Implantar sinalização sonora nos semáforos e informações em braille nas

sinalizações dos espaços urbanos para pessoas com deficiência visual são providências de acessibilidade adequadas.

É correto o que se afirma em

A) III, apenas.

B) I e IV, apenas.

C) II e III, apenas.

D) I, II e IV, apenas.

E) I, II, III e IV.

GABARITO D	
Professor Convidado 1	Cristiano Inácio Martins
Mini currículo Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Univertix/MG, Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Batista de Minas Gerais, Graduado em Enfermagem pela Universidade de Barra Mansa – RJ (UBM), Professor no Centro Universitário de Manhuaçu/UNIFACIG, atuando como Gerente de Serviço de Saúde do Município de Chalé-MG, Membro do Grupo de Pesquisa: Internações Hospitalares do Estado de Minas Gerais/UFMG, Instrutor de Suporte Básico e Avançado de Vida (BLS/ACLS), Experiência em Urgência, Emergência e Trauma – Hospital João XXIII – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.	
Professor Convidado 2	Karla Rona da Silva
Mini currículo Doutora em Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte (2013). Mestre em Ciências da Saúde pela UNINCOR / Betim (2009). Especialista em Urgência e Atendimento pré-hospitalar Móvel pela Universidade Estácio de Sá/BH (2006). Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2005). Atualmente é professora Adjunto III do Departamento Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) no Curso de graduação em Gestão de Serviços de Saúde. Professora e Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Líder do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde - NUGES e Membro Titular no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Urgência e Emergência (NEPEU) ambos da EE/UFMG. Pesquisadora desenvolvendo estudos relacionados aos temas: Serviços e profissionais de saúde; Gestão de pessoas e Relações de trabalho; Gestão de Serviços de Saúde; Tomada de Decisão; Escassez de Recursos; Urgência e Emergência. ORCID nº 0000-0003-0495-789X.	
COMENTÁRIOS As medidas de acessibilidade visam permitir um ganho de autonomia e de mobilidade a todas as pessoas, incluindo aquelas com diferenças em suas condições físicas, que sejam causas de limitações na execução de suas atividades, como deficientes físicos, situações de vulnerabilidade, pessoas com mobilidade reduzida, idosos e gestantes (CALDAS; MOREIRA; SPOSTO, 2015; OLIVEIRA, 2017). Para atender essa premissa, as vias públicas devem ser projetadas e/ou adaptadas de forma a facilitar o trânsito de todas as pessoas, incluindo aquelas com dificuldade de locomoção e usuários de cadeiras de rodas. Esta é uma das medidas adequadas de acessibilidade no que tange as vias urbanas enquanto bens de uso da comunidade em sua totalidade (BRASIL, 2006). Ainda é desafiador a padronização de calçadas, implantação universal de rampas e sinalização sonora em todos os semáforos nas cidades brasileiras, mas tais mudanças são regulamentadas e tem o potencial de mudar o dia a dia de muitas pessoas (ABNT, 2015; OLIVEIRA, 2017).	

Neste sentido, a Norma Brasileira 9050/2015 da Associação Brasileira de Normas Técnicas estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quanto ao projeto, construção, instalação e adaptação do meio urbano e rural, e de edificações às condições de acessibilidade. Essa orienta sobre a eliminação das barreiras arquitetônicas e urbanísticas nas cidades, nos edifícios, nos meios de transportes e de comunicação para favorecer a acessibilidade. Em síntese, a NBR 9050 é uma norma que define aspectos relacionados às condições de acessibilidade das pessoas no meio urbano, de forma independente e segura, ou seja, sem a necessidade de auxílio de terceiros (ABNT, 2015).

Ademais, é relevante destacar que os espaços urbanos devem ser providos de informações em braille e sinalização sonora nos semáforos, de forma a atender as pessoas com deficiência visual garantindo a acessibilidade adequada (ABNT, 2015; BRASIL, 2006).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR 9050/2015: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.mdh.gov.br/biblioteca/ pessoa-com-deficiencia/acessibilidade-a-edificacoes-mobiliario-espacos-e-equipamentos-urbanos/. Acesso em: 23 dez. 2019.

BRASIL. Ministérios das Cidades (Org.). **Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana** – construindo uma cidade acessível: Ministério das cidades, 2006. 172 p. Disponível em: https://www.sinaldetransito.com.br/normas/programa_brasileiro_de_acessibilidade_urbana.pdf. Acesso em: 23 dez. 2019.

CALDAS, Lucas Rosse; MOREIRA, Mirellen Mara; SPOSTO, Rosa Maria. Acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida segundo os requisitos da norma de desempenho: um estudo de caso para áreas comuns de edificações habitacionais de Brasília - DF. **Rev. Eletrônica de Engenharia Civil**. Goiás, v. 10, n. 2, p. 23-38, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/reec/article/view/33083/pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

OLIVEIRA, Sheila Maria de. **Cidade e acessibilidade: inclusão social das pessoas com deficiências**. In: VIII Simpósio Iberoamericano em comércio internacional, desenvolvimento e integração regional, 2017. Disponível em: https:// www.uffs.edu.br/campi/cerro-largo/repositorio-ccl/anais-viii-simposio-iberoamericano-de-cooperacao-para-o-desenvolvimento-e-a-integracao-regional/cidade-e-acessibilidade-inclusao-social-das-pessoas-com-deficiencias. Acesso em: 23 dez. 2019.

QUESTÃO 08- FORMAÇÃO GERAL

O esgotamento profissional, conhecido como Síndrome de Burnout, foi incluído na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa síndrome, que foi incluída no capítulo de problemas associados ao emprego ou ao desemprego, foi descrita como uma síndrome resultante de um estresse crônico no trabalho não administrado com êxito e caracterizado por três elementos: sensação de esgotamento, cinismo ou sentimentos negativos relacionados a seu trabalho e eficácia profissional reduzida. A nova classificação, publicada em 2018 e aprovada durante a 72ª Assembleia Mundial da OMS, entrará em vigor no dia 1º de janeiro de 2022. A Classificação Internacional de Doenças da OMS estabelece uma linguagem comum que facilita o intercâmbio de informações entre os profissionais da área da saúde ao redor do planeta.

Disponível em: https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/afp/2019/05/27/oms-inclui-a-sindrome-de-burnout-na-lista-de-doencas.htm. Acesso em: 06 jul. 2019 (adaptado).

Considerando as informações apresentadas, avalie as afirmações a seguir.

I. Os programas de formação de lideranças focados na obstinação e na resistência ao erro têm sido eficazes na redução da vulnerabilidade a esse tipo de síndrome.

II. A compreensão dos sintomas de forma isolada do contexto sociocultural dificulta o estabelecimento do chamado nexo causal entre trabalho e adoecimento.

III. As relações de trabalho onde predominam o sentido de realização profissional tendem a reforçar elos de coesão e reconhecimento social favoráveis à saúde psíquica.

IV. A prevalência do protocolo clínico pautado no tratamento medicamentoso é condição determinante para a superação desse problema de saúde pública.

É correto o que se afirma em

A) I, apenas.

B) II e III, apenas.

C) III e IV, apenas.

D) I, II e IV, apenas.

E) I, II, III e IV.

GABARITO B	
Professor Convidado 1	Carolina Araujo Moreira

Mini currículo
Mestre em administração pela Universidade FUMEC. MBA Auditoria em Saúde e Gestão da qualidade pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Especialista em Trauma, Emergência e Terapia Intensiva pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Coordenadora da Gestão de Risco em Saúde pela UnimedBh. - Professora da disciplina Sistematização da Assistência de Enfermagem na Pós graduação da Universidade Católica de Minas Gerais (PUCMINAS).

Professor Convidado 2	Mônica Chaves

Mini currículo
Graduada em Enfermagem pela PUC Minas, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Instituto de Educação Continuada da PUC Minas. Especialista em Enfermagem na Assistência ao Portador de Lesão Cutâneas pelo Instituto de Educação Continuada da PUC Minas. Especialista em Enfermagem Forense pelo Instituto Keynes e Faculdade Cristo Rei. Professora do Departamento de Enfermagem da PUC Minas na graduação e pós graduação. Perita Judicial na área da saúde e da Enfermagem Colaboradora da Unidade de Processo Ético do Coren-MG e Coordenadora da Câmara Técnica de Enfermagem área Temática Enfermagem Forense do Coren-MG. Representante da Sociedade Brasileira de Enfermagem Forense – Seção MG.

COMENTÁRIOS

Segundo Carlotto e Gobbi (1999), a concepção de Burnout mais utilizada e aceita na comunidade científica é a fundamentada na perspectiva sócio psicológica, sendo entendido como um processo e constituído por três dimensões. A primeira, Exaustão Emocional é a dimensão que mais se aproxima de uma variável de estresse sendo caracterizada pela fadiga, falta ou carência de energia, entusiasmo e um sentimento de esgotamento e sobrecarga emocional. A segunda, Despersonalização geralmente vem acompanhada de ansiedade, aumento da irritabilidade e perda de motivação. E, por último, a Baixa Realização Profissional, que se refere a uma diminuição do sentimento de competência em relação ao trabalho com pessoas e revela-se por uma tendência do trabalhador em se auto avaliar de forma negativa.

A síndrome do Burnout permite que as relações interpessoais continuem acontecendo, por mais "coisificadas" que se transformem para o indivíduo, viabilizando a realização de suas tarefas ocupacionais. Ou seja, o profissional com Síndrome de Burnout consegue executar seu trabalho (apesar da diminuição da qualidad**E)** e manter certa normalidade, desvinculando-se emocionalmente de si e dos outros e minimizando o sofrimento suscitado por essas relações. Ocorre, assim uma substancial redução do envolvimento pessoal no trabalho (SOBOLL, 2002).

Em relação as afirmativas INCORRETAS do exercício em questão, correspondentes ao número I e IV, os programas de formação de lideranças devem estar focados na diretrizes Institucionais e cultura organizacional de uma empresa e não na obstinação e na resistência ao erro. A redução da vulnerabilidade a esse tipo de síndrome vai de encontro a uma gestão de pessoas baseada em valores, estratégia e transparência, devendo ter uma liderança democrática x educativa e não punitiva. A superação desse problema não depende de protocolo clínico e tratamento medicamentoso mas sim, de um ambiente de trabalho respeitoso e das condições de trabalho oferecidas.

As afirmativas CORRETAS que correspondem aos números II e III reforçam a importância de não analisarmos separadamente os sintomas da síndrome devido a causa ser multifatorial e dos vários aspectos do contexto sociocultural. Quando um indivíduo se sente realizado profissionalmente com seu trabalho existe a possibilidade de termos uma adesão melhor a suas atividades com consequência melhoria psíquica e espiritual. O reconhecimento profissional é importante na saúde psíquica do sujeito trabalhador e reflete de forma importante em sua vida, sobretudo porque a maioria dos trabalhadores passa mais tempo no trabalho do que em casa com a família.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

CARLOTTO, M. S; GOBBI, M. D. Síndrome de *Burnout:* um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? **Aletheia,** Canoas, n. 10, p. 103-114, jul./dez. 1999.

SOBOLL, L. A. P. A face oculta da Síndrome do *Burnout* nos profissionais de enfermagem: uma leitura a partir da Psicodinâmica do trabalho. In: ENANPAD, 26., 2002, Salvador. **Anais**... Salvador: ANPAD, 2002. 1 CD-ROM.

QUESTÃO DISCURSIVA 03- COMPONENTE ESPECÍFICO

Uma mulher de 42 anos de idade, em união estável há quinze anos, possui diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica (HAS), câncer de mama e história obstétrica de duas gestas, sendo dois partos (um parto normal e uma cesárea) e nenhum aborto. Os dois filhos gestados estão vivos. Ela relata desconhecer antecedentes familiares e nega alergia a medicamentos e alimentos. Foi admitida no hospital há cinco dias para realizar mastectomia total de mama direita, antes da qual fez 12 seções de quimioterapia, de 15 em 15 dias. Encontra-se comunicativa, respondendo às solicitações verbais, em repouso, normotensa, normocorada, acianótica e anictérica. Relata incômodo no local cirúrgico, afetando o sono, e refere apetite e ingesta hídrica diminuídos. As eliminações urinárias estão preservadas e observa-se ausência de evacuações há dois dias. No momento, faz uso de medicamentos para controle da HAS, analgésico e antimicrobiano. A limpeza da ferida cirúrgica é realizada com soro fisiológico 0,9% e é colocado curativo à base de gaze que se apresenta limpo e seco. MMSS: perfusão periférica normal, sem edema, com punção periférica no MSE e equipo de duas vias salinizado. Pressão arterial (P**A)**: 120 x 70 mmHg; frequência cardíaca (FC): 87 bpm; frequência respiratória (FR): 25 irpm; temperatura axilar (Tax.): 36 °C.

Com base nas informações apresentadas, faça o que se pede nos itens a seguir.

A) Indique cinco diagnósticos de enfermagem de acordo com o caso clínico apresentado. (valor: 5,0 pontos).

B) Cite cinco cuidados de enfermagem indicados para o caso clínico. (valor: 5,0 pontos).

Professor Convidado 1	Ana Maria Pinheiro
Mini currículo Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto pelo Instituto de Educação Continuada (IEC) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Master in Business Administration Executivo em Negócios e Competências Digitais pela Faculdade Pitágoras. Coordenadora do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte MG (campus Timbiras)e dos cursos de Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva, Urgência e Emergência e Trauma; Enfermagem em Oncologia; Enfermagem em Nefrologia; Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica da Faculdade Pitágoras de Belo Enfermagem - Campus Timbiras. Professora Titular das disciplinas Sistematização da Assistência de Enfermagem, Semiologia e Semiótica e Estágio Supervisionado dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade Pitágoras de Belo Horizonte- Minas Gerais.	
Professor Convidado 2	Aline Patrícia Rodrigues da Silva
Mini currículo Enfermeira doutora e mestre pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), especialista em terapia intensiva pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Analista da assessoria técnica Diagnosis Related Groups (DRG) da Fundação Hospitalar de Minas Gerias (FHEMIG), técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde (DGITIS) do Ministério da Saúde e docente do Centro Universitário UNA, Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (IEC-PUC-MG) e Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia (IEP-Santa Casa), pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NUPES).	

COMENTÁRIOS

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SA**E)** é uma metodologia científica que vem sendo amplamente utilizada, com o objetivo de organizar o trabalho de enfermagem, através da aplicação dos conhecimentos técnicos, científicos e humanísticos, garantindo assim uma assistência integral, de qualidade, segura, abrangendo todas as necessidades de saúde do indivíduo assistido, e fornecendo cuidados baseados em evidências e de alto impacto para a prática assistencial (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

A implementação da SAE é de incumbência privativa do enfermeiro, em todos os locais públicos e privados em que ocorram o cuidado profissional de enfermagem e a mesma constitui-se pela utilização do Processo de Enfermagem (P**E)**, único método de raciocínio clínico exclusivo dos profissionais enfermeiros, utilizado para implantar uma Teoria de Enfermagem (T**E)** na prática profissional, permitindo a coleta das informações, a identificação das necessidades de saúde, o planejamento dos resultados a serem alcançados e das intervenções necessárias para tal, bem como possibilitando a avaliação dos resultados alcançados (COFEN, 2009; TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Outras ferramentas organizacionais, como o Procedimento Operacional Padrão (POP), os Protocolos Clínicos, os Sistemas de Linguagem Padronizadas (American Nursing Diagnosis Association International – NANDA-I, Nursing Outcomes Classifications – NOC, Nursing Interventions Classification - NIC, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®), a Prática Baseada em Evidências; e as TE que direcionam e individualizam a prática do cuidado, também são utilizadas nesta metodologia (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

O PE é organizando em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: Investigação em Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem (D**E)**, Planejamento ou Resultado Esperado, Implementação ou Prescrição de Enfermagem, e Avaliação (ALFARO-LEFREVE, 2014, COFEN, 2009; TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Na questão acima, o autor expõe um caso clínico que representa a primeira etapa do PE, *"Investigação em Enfermagem".* Esta primeira etapa é constituída de cinco passos e o caso clínico em questão nos traz informações do primeiro passo da primeira etapa: ***"coleta de dados"***. Ao estudante caberia realizar o segundo passo, que denominamos como ***"identificação de indícios e a realização de inferências"***, e que permite ao enfermeiro identificar os dados significativos e tirar conclusões iniciais sobre o que eles podem indicar, etapa importante que precede à seguinte, *"Diagnósticos de Enfermagem",* enunciado da questão letra "a". Os demais passos na primeira etapa do PE, que devem ser considerados: "Validação dos Dados", "Agrupamento", "Criação de Padrões" e "Comunicação e Registro dos dados" (ALFARO-LEFREVE, 2014; TANNURE; PINHEIRO, 2019).

O autor não apresenta a base teórica utilizada para a elaboração da Investigação, e que deve ser continuadamente utilizada durante o processo de pensamento crítico e julgamento clínico acerca das respostas do individuo, representadas e nomeadas pela elaboração dos *"Diagnósticos de Enfermagem".* Para a identificação dos *"Diagnósticos de Enfermagem"* faz-se necessário utilizar uma taxonomia e essa também não foi definida/citada na questão. Dessa forma, para tal, utilizaremos a taxonomia da NANDA-I (2018). e a TE das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

Para a elaboração dos DE utilizaremos os indícios apontados no caso clínico, com base nas necessidades de saúde espirituais, sociais e biológicas: *"diagnóstico de Câncer de Mama, admissão em hospital para realização de mastectomia total em mama direita, história de realização de quimioterapia recente, incômodo no local cirúrgico, sono afetado, diminuição do apetite e da ingesta hídrica, ausência de evacuações há dois dias, uso de medicações (analgésicos/antimicrobianos/antihipertensivos), incisão cirúrgica e dispositivos assistenciais (Acesso Venoso Periférico em MSE) Não consideramos a FR de 25 irpm, como taquipnéia, por falta de outras evidências que corroborassem ou não para a alteração do padrão respiratório".*

Ao utilizar a Taxonomia da NANDA-I (2018), devemos focar nos indícios apontados no caso clínico, identificar os títulos/enunciados dos DE localizados a partir da análise dos domínios, classes e verificação das definições apresentadas como conceito pela taxonomia e transcrever os enunciados na íntegra. Nesta taxonomia, temos atualmente 247 enunciados de DE, o que nos faz entender a impossibilidade de memorizar todos estes, portando existe a necessidade de consulta à taxonomia por parte do alunado para a elaboração da resposta, fato esse que não ocorreu durante a avaliação do ENADE.

A análise destes indícios nos permite a um amplo número de enunciados/títulos de diagnósticos de enfermagem e os mesmos devem ser apresentados por ordem de prioridade, ou seja, o grau de ameaça que estas necessidades oferecem à vida do indivíduo. Na questão não foi solicitado o apontamento das prioridades, desta forma, entendemos que ao estudante foi permitido apresentá-las de forma aleatória.

Os DE podem ser classificados como: diagnósticos com foco no problema, que representam uma necessidade identificada no momento da avaliação; diagnóstico de risco, representa um problema potencial, ou seja, a existência de uma vulnerabilidade ou suscetibilidade para a ocorrência de uma determina situação; diagnóstico de promoção de saúde, nomeia a possibilidade ou a elegibilidade por parte do enfermeiro ou manifestada pelo próprio indivíduo em se alcançar uma condição favorável de saúde; e por último, o diagnóstico de síndrome, ainda em discussão, e apontado como sendo um diagnóstico que indica a presença de no mínimo três outros enunciados de diagnósticos de enfermagem, que acontecem juntos, e possuem a mesma relação de problema/são ocasionados pela mesma condição, estes podem ser com foco no problema ou de risco (NANDA-I, 2018).

Os DE possuem componentes estruturais que são utilizados para a sua elaboração, representando os sinais e sintomas que evidenciam a existência dos problema/necessidade de saúde identificado e nomeado pelo enunciado do diagnóstico, constituindo as *"Característica(s). Definidora(s)."*; as condições que provocaram, e/ou fizeram surgir as condições identificadas, também entendidas como os fatores etiológicos, denominados como *"Fator(es). Relacionado(s).";* Condições ou situações evidenciadas no momento da avaliação que colocam o indivíduo em vulnerabilidade/suscetibilidade para a ocorrência de um problema, entendido como "Fator(es). de Risco"; a frase que nomeia a necessidade de saúde identificada, a partir dos indícios levantados na investigação, nomeada como *"Enunciado do diagnóstico de enfermagem"* (TANNURE, PINHEIRO, 2019).

Para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem deve-se observar o tipo de diagnóstico, e a partir de então apresentar os componentes estruturais, ligados entre si por termos como: "relacionado a" e "evidenciado por". Os diagnósticos com foco no problema, de síndrome e de promoção de saúde, apresentam em sua estrutura o "enunciado + fator(es). relacionado(s). + característica(s). definidora(s).", já o diagnóstico de risco são construídos apresentando o "enunciado + fator(es). de risco(s)." (TANNURE, PINHEIRO, 2019).

Apresentaremos aqui diagnósticos de enfermagem identificados por nós, classificados de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas:

Necessidades de Saúde de acordo com a Teoria de Wanda de Aguiar Horta	Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a Taxonomia da NANDA-I (2018).
Necessidades Psicobiológicas	Integridade tissular prejudicada relacionado ao trauma mecânico secundário à intervenção de Mastectomia total, evidenciado pela incisão cirúrgica em região mamária direita. Risco de Infecção evidenciado pela presença de dispositivos assistenciais (AVP em MSE), perda da integridade cutânea, exposição ambiental, alterações no sistema imunológico secundário ao uso de quimioterápico e a doença neoplásica. Risco de infecção no sítio cirúrgico evidenciado por imunossupressão secundário a doença neoplásica e ao uso de quimioterápico. Dor aguda relacionada à intervenção cirúrgica (mastectomia total em mama direita), evidenciada por relato de incômodo na incisão cirúrgica. Risco de constipação evidenciado pela diminuição na ingesta de nutrientes e líquidos, mudança ambiental e uso de analgésicos. Risco de trauma vascular evidenciado pelo uso de acesso venoso periférico no MSE. Insônia relacionada a dor em incisão cirúrgica, evidenciado pelo relato verbal de sono afetado. Risco de baixa autoestima situacional evidenciado por alteração da imagem corporal secundário a mastectomia total em mama direita.
Necessidades Psicossociais	Interação social prejudicada relacionada a internação hospitalar, evidenciada por afastamento da família e entes queridos.
Necessidades Psicoespirituais	Sem informações referentes à crenças e/ou valores de vida.

A terceira etapa do PE consiste em apresentar os resultados que se espera que o paciente alcance, este deve ser realista, realizado de clara e objetiva, dentro de um limite de tempo, e tendo como foco o paciente. As respostas são produzidas por intermédio as ações de enfermagem, portanto nesta etapa o enfermeiro deve apresentar as respostas que se espera que o paciente alcance, de acordo com os diagnósticos de enfermagem elaborados na etapa anterior, tendo como base os enunciados, os fatores relacionados e de risco, e as características definidoras. Nesta etapa deve-se ordenar por prioridade os diagnósticos de enfermagem, e planejar as ações necessárias para a resolução dos problemas identificados (TANNURE, PINHEIRO, 2019).

Observa-se que não foi solicitado a elaboração dos resultados esperados, o autor da questão "pulou" a terceira etapa do PE e já solicitou os cuidados de enfermagem, cabe ressaltar que isto é uma falha comumente observada não somente em questões de avaliações, mas também na prática profissional, fato esse que compromete o raciocínio terapêutico do profissional enfermeiro.

A elaboração dos resultados esperados enfatiza o objetivo/meta que se pretende alcançar, o tempo em que esta resposta é esperada e as ações que podem produzir as respostas esperadas. O planejamento das ações é uma importante etapa para a seleção das intervenções necessárias, de alto impacto e com base nas melhores evidências para possibilitar assim a resposta esperada. A resolução e/ou otimização/prevenção dos problemas identificados devem possuir relação com os enunciados dos diagnósticos de enfermagem identificados, os fatores de risco, os fatores relacionados e as características definidoras identificadas durante as etapas anteriores do PE.

A quarta etapa, também denominada como Implementação ou Prescrição de Enfermagem, coloca-se em prática o que antes era apenas um planejamento. Nesta etapa as ações planejadas anteriormente são transformadas em prescrições e apresentadas como uma ordem de execução, na forma de uma frase bem redigida, utilizado uma linguagem clara, objetiva, iniciando com um verbo no infinitivo que represente a ação aa ser realizada. A frase deve conter todas asa informações necessárias, como: *"o que, onde, quando, como e quem deve realizar a ação"*. As ações devem ser baseadas nas melhores evidências, e não devem ser justificadas (TANNURE, PINHEIRO, 2019).

Dos diagnósticos de enfermagem apresentados na tabela anterior, elegemos os cinco prioritários e apresentamos cinco cuidados de enfermagem, esta resposta refere-se a questão da "letra b". Ressaltamos que os cuidados não são *"para o caso clínico"*, as prescrições de enfermagem são elaboradas tendo como meta os diagnósticos de enfermagem e os resultados esperados elaborados.

Diagnósticos de Enfermagem	**Resultado Esperado**	**Prescrição de Enfermagem**
Integridade tissular prejudicada relacionado ao trauma mecânico secundário à intervenção de mastectomia total, evidenciado pela incisão cirúrgica em região/ mamária direita.	A paciente reestabelecerá a integridade tissular em 30 dias.	Trocar o curativo da incisão cirúrgica em região mamária direita a cada 24 horas com técnica asséptica, ou antes, se presença de sujidade e umidade. Limpar a lesão com SF 0,9 %, secar e cobrir com gaze estéril, aplicar firme transparente. Observar presença de sinais flogísticos e/ou deiscência de sutura, caso apresente, comunicar imediatamente ao Enfermeiro (Técnico de Enfermagem).
Dor aguda relacionada à intervenção cirúrgica (mastectomia total), evidenciada por relato de incômodo na incisão cirúrgica.	A paciente apresentará o controle álgico nas próximas 2 horas.	Avaliar o nível de dor, utilizando a Escala Visual Analógica, antes e 30 minutos após a administração dos analgésicos, registrar no prontuário, e em caso de não redução de no mínimo 3 pontuações na escala, comunicar imediatamente ao Enfermeiro (Técnico de Enfermagem).
Risco de infecção evidenciado pela presença de dispositivos assistenciais (AVP em MSE), perda da integridade cutânea, exposição ambiental, alterações no sistema imunológico secundário ao uso de quimioterápico e a doença neoplásica.	A paciente não apresentará infecção durante o período de internação.	Realizar fricção da pele no local de punção com solução alcoólica de glinonato de clorexidina 0,5%, por 30 segundos, *em movimentos de vai e vem,* aguardar a secagem espontânea da solução antes de proceder à punção. Utilizar técnica do no touch, e se previr a necessidade de palpação do sítio de inserção do cateter, colocar luvas estéreis (Técnico de Enfermagem).

Risco de trauma vascular evidenciado pelo uso de acesso venoso periférico no membro superior esquerdo (MS**E)**	A paciente não apresentará trauma vascular durante o período da terapia parenteral.	Trocar o acesso venoso a cada 96 horas, ou antes, se presença de hiperemia no sítio de inserção, ausência de retorno venoso e ou presença de sinais de infiltração no tecido. Não puncionar em áreas lesionadas e/ou com presença de hiperemia e usar cateteres de menor calibre (Técnico de Enfermagem).
Risco de baixa autoestima situacional evidenciado por alteração da imagem corporal secundário a mastectomia total em mama direita.	A paciente não apresentará baixa autoestima situacional durante o período de tratamento.	Solicitar a avaliação e o acompanhamento da equipe de psicologia, durante o período de internação, periodicamente e sempre que houver a demanda de escuta (Enfermeiro).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ALFARO-LEFREVE R. Aplicação do Processo de Enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 358/2009, de 15 de Outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br. Acesso em: 27 nov. 2019

TANNURE MC, PINHEIRO AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. 340p.

TANNURE MC, PINHEIRO AM. Semiologia: bases clínicas para o Processo de Enfermagem. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 282p.

NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificações. 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2018.

QUESTÃO DISCURSIVA 04- COMPONENTE ESPECÍFICO

Uma enfermeira, sensibilizada com a situação clínica de um paciente idoso internado no hospital em que ela trabalha, publicou, em sua página da rede social, relato detalhado e permeado de emoção sobre a rotina diária desse paciente e de seus familiares no hospital até o seu falecimento.

Embora possa não haver intenção censurável ou sensacionalista, o sentimento de solidariedade genuíno não confere eticidade ou licitude a publicações como essa.

Disponível em: https://paliativo.org.br/redes-sociais-e-vida-intima-do-paciente-um-conflito-imperceptivel/

Acesso em: 30 jul. 2019 (adaptado).

Com base no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e nas demais resoluções referentes ao sigilo profissional, redija um texto dissertativo sobre a exposição do caso e da imagem do paciente nas redes sociais, abordando as implicações ético-legais para a equipe de enfermagem. (valor: 10,0 pontos).

<table>
<tr><td>Professor Convidado 1</td><td>Júlio César Batista Santana</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mini currículo
Doutor em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo - São Paulo (2014), Mestrado em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo -São Paulo (2007), Especialização em Enfermagem em UTI (2001), Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1996). . Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem da PUC/Minas Campus Coração Eucarístico e Chefe do Departamento de Enfermagem, Prof. do Centro Universitário UNIFEMM - Sete Lagoas Autor de 6 livros: Fundador da ONG - Instituto Professor e Enfermeiro Júlio Santana em 07/2019. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0546-6048</td></tr>
<tr><td>Professor Convidado 2</td><td>Cynthia Carolina Duarte</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mini currículo
Enfermeira doutoranda e mestre em Medicamentos e assistência farmacêutica pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pós-graduada em Terapia intensiva pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Tem experiência nas áreas de Enfermagem e Farmácia, com ênfase em terapia intensiva, ensino e docência, estomaterapia e farmacoeconomia. É enfermeira da Central de codificação DRG da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), e bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG).</td></tr>
<tr><td colspan="2">COMENTÁRIOS
O mundo digital tem revolucionado a comunicação contemporânea, principalmente após a revolução tecnológica das mídias sociais. Diferente das mídias tradicionais, como jornais, rádio e televisão, as sociais interagem pessoas com conteúdos compartilhados e ilimitados, dando voz à opinião pública. Com o advento das tecnologias digitais da informação, as relações sociais, de mercado e de trabalho e a maneira de ser e estar no espaço virtual modificaram os padrões de comportamento por isso é válido refletir sobre a ética dos usuários e provedores das mídias sociais (ALVES, 2015).
A Lei n° 12.965/2014, conhecida como o marco civil da internet, regula o uso da Internet no Brasil prevendo princípios, garantias, direitos e deveres para os usuários. Essa legislação confere garantia da liberdade de expressão impondo responsabilidades civis aos usuários e provedores. O Marco Civil da Internet não somente reforça a importância da ética no mundo virtual como também reflete sobre a forma como a sociedade está reagindo à era digital. Apesar de a Lei n° 12.965/2014 ter como fundamento os três princípios: a neutralidade de rede, a proteção da privacidade e a garantia da liberdade de expressão, as pessoas ainda usam a internet sem censura (BRASIL, 2014).</td></tr>
</table>

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem ressalta os seguintes deveres referente ao sigilo profissional e respeito a privacidade do paciente: Art. 52: Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal e no artigo Art. 43: Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte (CEPE,2017).

Mesmo que possa não haver intenção censurável ou sensacionalista e sentimento de solidariedade genuíno por parte da Enfermeira, isso não confere eticidade ou licitude a publicações como essa, pois quando o profissional de Enfermagem informa a condição clínica de um paciente nas redes sociais sem sua autorização, ele está desrespeitando a premissas do Código de Ética e a situação dever ser avaliada pela Comissão de Ética em Enfermagem da instituição para tomar as medidas cabíveis ao caso (CEPE,2017; SANTANA;DUTRA;CAMPOS, 2012).

Neste contexto é necessário que os profissionais de saúde tenham em sua formação conceitos éticos e legais que lhes darão competência para saber analisar os diferentes casos de violação do sigilo profissional, violação esta que deve predominar quando há risco de danos a um terceiro, ressalta-se que a privacidade de um indivíduo é, pois, uma conquista consagrada em todas as sociedades organizadas, um princípio constitucional e uma ganho amplamente protegido pelo direito público , regulamentado em nosso país pelo Código Penal (SANTANA;DUTRA;CAMPOS, 2012).

A ética enquanto cerne da liberdade de expressão pode garantir um ambiente aberto, democrático e livre, transformando a internet em um espaço de inovação, empreendedorismo e de acesso à informação. Dentre os comportamentos éticos que valorizam a imagem do profissional da Enfermagem nas redes sociais vale ressaltar: a socialização de boas práticas de Enfermagem com a comunidade pro ssional e a sociedade em geral, o compartilhamento de experiências de sucesso prossional, verificarção da veracidade das informações antes de compartilhá-las, o respeito aos posicionamentos divergentes e cuidado ao abordar temas polêmicos, como religião, política, orientação sexual e raça (ALMEIDA; TOBASE; VAZ, 2015).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA DM, TOBASE L, Vaz DR. **A ética nas redes sociais**. Enfermagem revista. 12 ed. São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo; 2015. P. 20-23

ALVES GF. **Ética nas redes sociais**. 2015. 33 f. Trabalho de conclusão (Graduação). Fundação Educacional do Município de Assis, Assis, 2015.

BRASIL. **Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014**. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 77, 24 abr. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 564/2017 de 06 de novembro de 2017 e seu anexo**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2017.

SANTANA, Júlio César Batista; DUTRA, Bianca Santana; CAMPOS, Ana Cristina Viana. **Conflitos éticos na área da saúde: Como lidar com esta situação?**. 1. ed. São Paulo: Iátrica, 2012. v. 1.

QUESTÃO DISCURSIVA 05- COMPONENTE ESPECÍFICO

TEXTO I

A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PSR), do Ministério da Saúde, define esse grupo populacional como heterogêneo, que possui em comum a pobreza extrema; os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; a ausência de moradia convencional regular; a utilização, temporária ou permanente, de logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e sustento; e a utilização das unidades de acolhimento para pernoite ou como moradia provisória.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua,**

Brasília 2012 (adaptado).

TEXTO II

Um homem de 39 anos de idade, em situação de rua, usuário de *crack*, apresentando vínculo social fragilizado pela dependência química, foi atendido pela equipe de um consultório de rua. Devido a tosse persistente, indicou-se teste de Baar, o qual foi realizado na unidade de referência pela manhã (momento em que conseguia ficar sóbrio). O resultado foi positivo e ele recebeu diagnóstico de tuberculose (TB) Seguindo-se o protocolo, foi realizado teste rápido para hepatites, HIV e sífilis, sendo HIV positivo no teste e no contrateste. A equipe reuniu-se para discutir o caso, dada a sua prioridade.

Considerando o exposto, elabore um plano de cuidados que contemple duas ações para o seguimento e o acompanhamento do caso, justificando cada uma delas. (valor: 10,0 pontos).

Professor Convidado 1	Cláudio da Fonseca Rodrigues Panta
Mini currículo Discente dos Cursos de Pós-Graduação em Saúde Mental e Pós-Graduação em Dependência Química do Instituto Pedagógigo de Minas Gerais. Master in Bussines Executivo em Administração: Gestão dos Serviços de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (2016). Bacharel em Enfermagem Pela Pontifícia Universidade Católica de MinasGerais – Campus Coração Eucarístico (2013). Preceptor de Estágio em Saúde Mental pela Faculdade Pitágoras – Campus Timbiras. Consultor em Educação e Saúde. Pesquisador em Saúde. Praça Especialista em Saúde pela Polícia Militar de Minas Gerais e Enfermeiro do Centro Cirúrgico do Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais. Vice Presidente do Grupo de Ação Social e Apoio Saúde e Paz (GAASP). ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6502-9742	
Professor Convidado 2	Ana Paula Gonçalves dos Reis
Mini currículo Mestre em Educação em Diabetes pela Santa Casa de Belo Horizonte (2018), Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Signorelli (2014), Especialista em Saúde Pública Pela Faculdade Pitágoras (2013), Bacharel em Enfermagem pela Universidade Presidente Antônio Carlos (2011), Bacharel em Ntrição pela UNI-BH (2008), Docente da Faculdade Asa de Brumadino, Coordenadora da Educação Permanente do Complexo Hospitalar de Contagem.	

COMENTÁRIOS

Os Consultórios na Rua são estratégia políticas de saúde para efetivar o princípio da universalidade e tornar equidade a oferta de serviços de saúde para uma população específica e certamente vulnerável. A proposta de trabalho para os agentes atuantes nos ambulatórios de rua é a realização da assistência integral, da promoção da saúde e formulação de ações para atenuar os riscos e os agravos à saúde dos moradores de rua (HALLAIS, BARROS, 2015; RIO DE JANEIRO, 2016).

Neste Contexto, o Manual de cuidado à saúde junto a população em situação de rua propõe algumas ações para o tratamento e acompanhamento de portadores de tuberculose, HIV/AIDS, usuários de drogas, dentre outros, os quais residem nas ruas (BRASIL, 2012). Todavia, estudos apontam que a falta de adesão ao tratamento clínico e medicamentoso são os principais dificultadores no manejo dessa população, principalmente por causa do uso de álcool e substância psicoativa, como o *crack*, baixa autoestima, doenças mentais etc. Portanto, torna-se necessário fazer com que a vinculação e a aceitação das terapêuticas sejam metas efetivas, mesmo que para o uso de álcool e drogas, especificamente, seja meramente para redução de danos (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2017).

Destarte, é fundamental que o morador de rua portador de tuberculose, HIV e usuário de *crack*, compreenda que a melhora do quadro não significa cura e, portanto, seja encorajado a seguir o tratamento, mesmo coma regressão dos sintomas (AIDALA et al., 2016). Contudo, os profissionais de saúde dos Consultórios na Rua devem estar articulados com uma rede ampliada de instituições para garantir os acessos à saúde integral, alcançar os objetivos do programa e manter o paciente adscrito no processo de cuidado com vistas a minimização ou erradicação do abandono terapêutico (HALLAI; BARROS, 2015).

O primeiro plano de cuidado para assistência integral dos moradores de rua é identificar a população e conhecê-las a fundo (hábitos, rotinas, meios de renda, acessos a bens e serviços etc.). (GALLO, 2016). Nesse ínterim, através do princípio ético e da expertise do profissional de saúde, a anamnese bem elaborada é a melhor ferramenta para obtenção de informações sistematizadas, as quais subsidiarão diagnósticos concisos para fomentar a aplicação das políticas públicas de saúde em vigor no país (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014).

A investigação sobre o estado mental, história de vida pregressa, história familiar, os hábitos de vida, comportamentos de risco, mapeamento da rotina, mapeamento dos ambientes mais frequentados, mapeamento dos familiares, mapeamento das redes de apoio, mapeamento das pessoas que compartilham o cotidiano e a situação de rua, constituem um arcabouço clínico importantíssimo para o acompanhamento, rastreamento, busca ativa e ampliação das estratégias de adesão do paciente ao tratamento (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

Concomitantemente a entrevista, o sujeito deve ser empoderado sobre sua condição de saúde, dos danos causados pelos agentes etiológicos, do tratamento farmacológico, da interação entre os fármacos e as drogas ilícitas, da importância da adesão ao tratamento e os prejuízos causados pelo abandono, das toxicidades dos fármacos e principalmente da necessidade de aceitação das redes governamentais e não governamentais de apoio e até mesmo da inserção da família no processo, se for o caso (RIO DE JANEIRO, 2016; MONTEIRO, 2019).

Um segundo plano de cuidados, após a coleta de dados obtidas pela anamnese, deve ser a articulação intersetorial com hospitais, laboratórios, ministério público, serviços de atenção psicossocial, unidade básica de saúde, albergues, comunidades terapêuticas etc. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014; HALLAI; BARROS, 2015).

É necessário que os profissionais de saúdes atuantes do Consultório na Rua discuta o caso com as instituições públicas de saúde, a fim de inserir o paciente no tratamento proposto. No primeiro momento é crucial a internação do paciente para introduzir as medicações para o tratamento da tuberculose, do HIV, da desintoxicação do *crack* e demais alterações psicobiológicas, se for o caso. No segundo momento, o paciente deve ser referenciado para uma casa de apoio ou albergue para manutenção do tratamento, haja vista o longo tempo para o completo tratamento do doente (AIDALA et al., 2016; RIO DE JANEIRO, 2016).

Além do mais, a articulação intersetorial não só favorece a vigilância à saúde, mas confere uma certa dignidade ao paciente (HALLAIS; BARROS, 2015, BRASIL, 2014). Para que as ações de cuidado à saúde sejam efetivadas por intermédio da articulação intersetorial, os governantes devem se responsabilizar e propor meios para articulação entre as Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Saúde, Secretaria de Habitação, dentre outras, para que os serviços da Atenção Básica em conjunto com os Consultórios na Rua sejam efetivados e a pessoa em situação de rua evite ser atendido pelas redes de urgência e emergência para sanar as suas necessidades de saúde (HALLAIS; BARROS, 2015).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

AIDALA, A. A. et al. Housing Status, Medical Care, and Health Outcomes Among People Living With HIV/AIDS: A systematic review. **American Journal of Public Healt**, New York, v. 38, n. 1, p. 1-23, 2016. Disponível em: https://www.ncbI.nlm.nih.gov/pubmed/26562123. Acesso em: 15 de dezembro de 2019

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Seção 1, 24 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 15 de dezembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populalcao_rua.pdf. Acesso em: 14 de dezembro de 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano**. Brasília-DF, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf.Acesso em: 15 de dezembro de 2019.

GALLO, L. G. **Modelo de atenção à saúde de adultos em situação de rua com tuberculose pulmonar no Distrito Federal**. 2016. 274 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical). – Núcleo de Medicina Tropical, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, 2016. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20240/1/2016_LucianaGuerraGallo_Parcial.pdf. Acesso em: 15 de dezembro de 2019

HALLAIS, J. A. S; BARROS, N. F. Consultório na rua: visibilidade, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**. v. 31, n. 7, p. 1497-1504, jul., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X- csp-31-7-1497.pdf. Acesso em: 15 de dezembro de 2019.

MONTEIRO, M. M. F. C. A dimensão da intersetorialidade nas práticas do consultório na rua: a experiência do Rio de Janeiro. 2019. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34964/2/ve_Marcela_Magalhaes_ENSP_2019. Acesso em: 14 de dezembro de 2019.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária à Saúde. **Diretrizes Norteadoras das Equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro**. 2016b. Disponível em: http://subpav.org/download/prot/Diretrizes%20CnaR_2016. Acesso em: 15 de dezembro de 2019.

SIQUEIRA, S.A.V; HOLLANDA, E; MOTTA, J.I.J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1397-1406, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1397.pdf. Acesso em: 14 de dezembro de 2019.

QUESTÃO 09- COMPONENTE ESPECÍFICO

Devido ao rompimento da barragem em Mariana, 36 municípios foram atingidos com a lama de rejeitos da mineradora. Investigações realizadas em Barra Longa, município vizinho de Mariana, revelaram uma multiplicidade de efeitos sobre a saúde da população, combinando o agravamento e a ampliação de doenças preexistentes com o surgimento de novas, em um cenário de sobreposição de riscos, doenças e danos.

Considerando as informações apresentadas, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. O rompimento da barragem em Mariana pode ser considerado um desastre tecnológico, sendo responsável por provocar impactos diretos e indiretos sobre a saúde, incluindo a ocorrência de doenças e agravos (doenças diarreicas agudas, dermatites, ansiedade, dentre outros).

PORQUE

II. As atividades de retirada da lama e a reconstrução em Barra Longa ampliaram os efeitos sobre a saúde da população, incluindo a possibilidade de doenças respiratórias geradas pela poeira da lama.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

A) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

B) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

C) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

D) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

E) As asserções I e II são proposições falsas.

Professor Convidado 1	Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá

Mini currículo

Aluna de Doutorado em Enfermagem na linha de pesquisa Epidemiologia, Políticas e Práticas de Saúde das Populações pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Mestrado em Ciências da Saúde área de concentração Infectologia e Medicina Tropical pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (2011). Especialização em Enfermagem em Urgência, Emergência e Trauma pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2008). Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix (2006). Enfermeira na Prefeitura Municipal de Contagem. Docente do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Contagem, área de ênfase: Urgência e Emergência e Saúde da Criança. Tutora e Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Contagem, área de ênfase Urgência e Emergência. Membro do grupo de pesquisa Observatório de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Escola de Enfermagem/UFMG). Atua em pesquisas com foco em Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Tem experiência na área de enfermagem com foco hospitalar, urgência e emergência, terapia intensiva, gestão, educação, epidemiologia e saúde coletiva e também como professora de cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0122-2727

Professor Convidado 2	Claudiomiro da Silva Alonso

Mini currículo

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz Fora (UFJF). Discente do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atuou como bolsista da Pro-reitoria de Extensão da UFJF , do Programa de Treinamento Profissional e da Monitoria Institucional. Participou do Programa de Mobilidade acadêmica na Universidade Federal de Minas Gerais no ano de 2017.Atua como Policial Militar do Quadro de Praças Especialistas do Estado de Minas Gerais, integrando o corpo de enfermagem. Membro do grupo de Gerência em Saúde e em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e do Núcleo de Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Universidade Federal de Minas Gerais. Possui experiência na área de Enfermagem médico - cirúrgica e gerenciamento em enfermagem. Desenvolve projetos de extensão, intervenção e pesquisa sobre Enfermagem Avançada e a Politicidade do Cuidado Humano ; Avaliação e Desenvolvimento de Tecnologias em Saúde.

COMENTÁRIOS

Os conteúdos implicados na questão supracitada buscam avaliar habilidades e competências para atuação profissional e os conhecimentos sobre o rompimento da barragem de Mariana, enquanto um desastre tecnológico, produtor de impactos diretos e indiretos na saúde humana. Os eixos de competências específicas abordados nesta questão estão pautados no campo da saúde coletiva com abordagens do meio ambiente e intervenção, prevenção e promoção da saúde e saúde ambiental. É importante compreender que o desastre ambiental, afeta o funcionamento normal de uma comunidade pelas perdas materiais e afetivas e consequentemente a sua capacidade de lidar com a situação utilizando os seus próprios recursos (OPAS, 2014). Deve-se levar em consideração os determinantes sociais, o desastre teve repercussões de cunho social, político e econômico afetando a vida de um grupo de pessoas e tendo impactos sobre a sua situação de saúde. Nesse sentido, o profissional deve ser capaz de prestar assistência para as demandas de saúde, bem como saber identificar as emergências de novos problemas e necessidades de saúde ao longo do tempo (FREITAS et al., 2019). e tomada de decisão.

Para a obtenção de êxito na questão, duas racionalidades precisavam ser praticadas: reconhecer a assertividade das duas afirmações e identificar as relações semânticas que negassem a relação causal entre as duas afirmativas.

A primeira afirmativa é assertiva e relata que o rompimento da barragem em Mariana pode ser considerado um desastre tecnológico, sendo responsável por provocar impactos diretos e indiretos sobre a saúde, incluindo a ocorrência de doenças e agravos.

O rompimento da barragem de Minério de Fundão no município de Mariana e parte da barragem de Santarém, deu vazão a 55 milhões de metros cúbicos de rejeitos do processo de extração do minério de ferro (MINAS GERAIS, 2016). Vários municípios foram afetados e o desastre impactou na ocorrência de mortes, desaparecimento de pessoas e animais, feridos e desabrigados. Atingiu os rios Gualaxo do Norte, do Carmo, Doce e fragmentos de mata ciliar, parte dos rejeitos também foi carreada ao Oceano Atlântico chegando em praias e alterando o ecossistema marinho. Ainda, deixou pessoas sem água potável, agricultores, pescadores e comerciantes sem trabalho (PINHEIRO et al., 2019).

O mar de lama, gerado pelo rompimento da barragem de rejeitos, ocasionou uma degradação ambiental e provocou inúmeros problemas e situações de risco que afetam a saúde humana, como: desabastecimento de água, desemprego, sofrimento psicossocial, doenças respiratórias e dermatológicas, dengue, precarização da situação de moradia, quebra dos vínculos das comunidades, perda de espaços de sociabilidade dentre outros (PINHEIRO et al., 2019).

Para Freitas; Silva e Menezes (2016), estima-se que mais de 10 mil pessoas foram afetadas de diferentes modos, simples ou combinados, para além da perda de parentes e amigos ou ter sofrido alguma lesão ou dano direto à saúde, perdas materiais e imateriais, podem sofrer diferentes impactos sobre a saúde, simples ou combinados sendo eles:

a) comprometimento dos serviços de provisão de alimentos e água potável;

b) de regulação do clima (destruição de mais de mil hectares de cobertura vegetal). e dos ciclos das águas (contribuindo para enchentes nos períodos chuvosos), contribuindo para alteração nos ciclos de vetores e de hospedeiros de doenças;

c) animais peçonhentos, que também tiveram seus habitats completamente alterados ou destruídos;

d) doenças respiratórias e contaminação dos organismos com a transformação da lama de rejeitos em grande fonte de poeiras e material particulado (contendo óxido de ferro, sílica e matéria orgânica, além da hipótese de outros metais como alumínio e manganês). inalado pelas pessoas;

e) impactos psicossociais e na saúde mental, resultantes do comprometimento das heranças culturais e da perda da sensação de lugar, bem como a sensação de insegurança e medo da violência para os que foram deslocados para abrigos ou casas temporárias, contribuindo para futuras doenças crônicas, como as cardiovasculares.

Em síntese, os impactos gerados diretos e indiretos gerados pelo rompimento da barragem de Mariana na saúde humana podem ser vistos no esquema a seguir (figura 1):

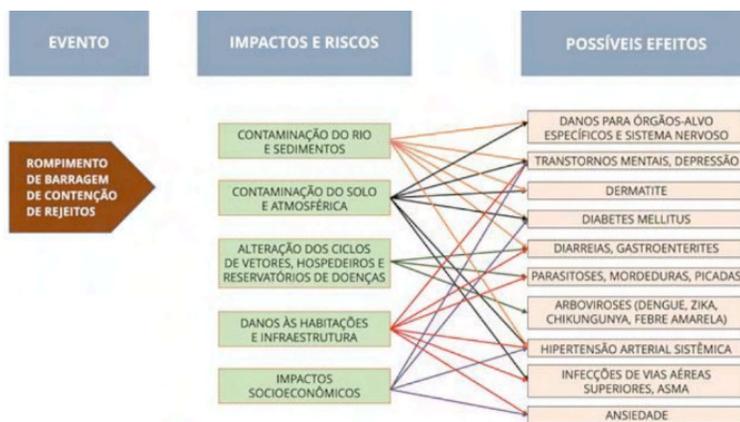



Figura 1 - Impactos do rompimento da barragem de Mariana na saúde humana.

Fonte: FREITAS et al. (2019).

Nesta perspectiva, desastres tecnológicos são aqueles ocasionados pela intervenção do homem na natureza e pelo desenvolvimento tecnológico, podem ser originadas intencionalmente pelo homem, por imprevisão ou por falhas de caráter técnico (OPAS, 2014).

A segunda afirmativa que também é assertiva, relata que as atividades de retirada da lama e a reconstrução em Barra Longa ampliaram os efeitos sobre a saúde da população, incluindo a possibilidade de doenças respiratórias geradas pela poeira da lama.

A lama de rejeitos é composta por inúmeros partículas químicas tóxicas ao sistema respiratório, assim as atividades de retirada da lama e reconstrução da cidade podem promover a disseminação das partículas químicas no ar e potencializar os riscos e aumentar a incidência de doenças respiratórias. Sendo assim, em relação a Barra Longa, a resposta de adoecimento à degradação ambiental está relacionada ao grau e tempo de exposição aos riscos existentes na população local, e representou entre todas das cidades atingidas pelo desastre, uma das maiores exposições à lama tóxica (VORMITTAG; OLIVEIRA; GLERIANO, 2018).

A bacia aérea de Barra Longa também se tornou tóxica devido ao pó proveniente da lama seca, exacerbado pelas obras de reconstrução da cidade. Os níveis de particulados chegaram a atingir níveis de concentração altos, superiores aos encontrados nas grandes metrópoles brasileiras. Parte da população teve contato direto com a lama que invadiu a cidade e com a água contaminada do rio (VORMITTAG; OLIVEIRA; GLERIANO, 2018). Além disso, os efeitos adversos provocados por poluentes atmosféricos que manifestam-se com maior intensidade nos portadores de doenças crônicas, crianças, idosos, e, especialmente, nos segmentos populacionais mais desfavorecidos socioeconomicamente, explicando a alta frequência das queixas respiratórias agudas do trato respiratório superior, sintomas e afecções cutâneas, bem como oftalmológicas (WHO, 2006; VORMITTAG; OLIVEIRA; GLERIANO, 2018).

Ainda, há um aspecto importante nessa questão e que deve ser explorado, em relação aos municípios de Mariana e Barra Longa no que diz respeito à população, economia e sistemas de saúde locais. Em Mariana, as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBG**E)**, mostraram que três anos após o desastre, a população continuou crescendo (aproximadamente 2,5%). O munícipio recebe *royalties* da mineração e tem 95% das atividades econômicas dependentes direta e indiretamente da mineração, sendo assim, o desastre não sobrepujou a capacidade de resposta em saúde do município (MINAS GERAIS, 2016; FREITAS et al., 2019).

Em relação a Barra Longa, para o mesmo período, as estimativas do IBGE indicaram a ocorrência de redução da população em 8%. O município é quase dez vezes menor que Mariana em população. Além disso, não recebe compensações financeiras da mineração e possuía o sistema de saúde local em condições vulneráveis. Desta forma, o desastre teve como afetados a quase totalidade dos habitantes urbanos e impactou nas suas condições de vida e saúde, ampliando os efeitos sobre a saúde dessa população (FREITAS et al., 2019).

Em relação a análise entre as proposições, destaca-se que ambas as afirmações são assertivas, mas devido a sua gênese constitutiva, não pode-se afirmar que a segunda proposição, apesar de assertiva, justifica a primeira, uma vez a segunda afirmativa versa sobre os riscos e potencialidades da retirada da Lama proveniente do rompimento da barragem de Mariana e suas potencialidades no desenvolvimento de doenças respiratórias.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

MINAS GERAIS. **Relatório: Avaliação dos efeitos e desdobramentos do rompimento da Barragem de Fundão em Mariana-MG.** Secretaria do Estado de Desenvolvimento Regional, Política Urbana e Gestão Metropolitana. Minas Gerais. 287 p. Disponível em: http://www.agenciaminas.mg.gov.br/ckeditor_assets/attachments/770/relatorio_final_ft_03_02_2016_15h5min.pdf

PINHEIRO, T.M.M. et al. **Mar de lama da Samarco da bacia do rio Doce: em busca de resposta**. Belo Horizonte: Instituto Guaicuy; 2019. 316 p. Disponível em: https://manuelzao.ufmg.br/biblioteca/o-livro-mar-de-lama-ja-esta-disponivel-em-formato-digital/. Acesso em: 19 dez. 2019.

FREITAS, C.M; SILVA, M.A; MENEZES, F.C. O desastre na barragem de mineração da Samarco: fratura exposta dos limites do Brasil na redução de risco de desastres. **Cienc. Cult.**, São Paulo , v. 68, n. 3, p. 25-30, 2016. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252016000300010&script=sci_arttext&tlng=en Acesso em: 19 dez. 2019.

FREITAS, C.M. et al. Da Samarco em Mariana à Vale em Brumadinho: desastres em barragens de mineração e Saúde Coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, 2019, 35: e00052519. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n5/e00052519/. Acesso em: 18 dez. 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. **Desastres naturais e saúde no Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2014. Disponível em : https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=313:desastres-tecnologicos&Itemid=685. Acesso em: 18 dez. 2019.

VORMITTAG, E.M.P.A.A; OLIVEIRA, M.A; GLERIANO, J.S. Avaliação de Saúde da População de Barra Longa afetada pelo Desastre de Mariana, Brasil. **Ambiente & Sociedade**. v. 21, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/asoc/v21/pt_1809-4422-asoc-21-e01222.pdf. Acesso em: 18 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Air Quality Guidelines - Global Update.** Copenhagen; 2006. Disponível: www.who.int. Acesso em 17 dez. 2019.

QUESTÃO 10- COMPONENTE ESPECÍFICO

A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade do atendimento à população, por isso, o Ministério da Saúde vem reestruturando os Sistemas de Informação em Saúde. O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), por exemplo, é uma estratégia de reestruturação no âmbito das informações da Atenção Básica em nível nacional. Além disso, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) é um sistema que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Considerando as informações acerca do e-SUS e do PEC, avalie as afirmações a seguir.

I. No PEC, ocorre o registro individualizado das informações em saúde para o acompanhamento dos atendimentos aos cidadãos, sem a integração dos diversos sistemas de informação existentes, pois estes já são sistemas consolidados.

II. No PEC, para a finalidade do registro, consideram-se como atributos essenciais da AB a atenção às condições agudas, a integralidade, a singularidade e a submissão do cuidado aos demais níveis de atenção em saúde.

III. No PEC, o método SOAP é organizado em quatro itens sequenciais titulados pela primeira letra de cada item, sendo eles: Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano, estabelecendo um vínculo que facilita a localização nas diversas vezes em que um problema é conduzido.

IV. No PEC, o sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2), adotado pelo Brasil, é uma ferramenta adequada à Atenção Básica (AB), que permite classificar, entre outras, questões relacionadas às doenças mais prevalentes que acometem as pessoas.

É correto apenas o que se afirma em

A) I e II.

B) II e III.

C) III e IV.

D) I, II e IV.

E) I, III e IV.

GABARITO C	
Professor Convidado 1	Simone Campos Maia de Andrade
Mini currículo Docente da PUC Minas, Departamento de Enfermagem. Possui graduação em Enfermagem pelo PUC Minas. Especialista em Saúde Pública e Gerenciamento de Unidade Básica de Saúde. Mestre em Odontologia pela PUC Minas. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva, gerenciamento e epidemiologia.	
Professor Convidado 2	Mariane da Costa Moura
Mini currículo Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MINAS). Pós graduada em Educação em Saúde (UFMG - 2019). MBA em Auditoria e Gestão da Qualidade (UNA- 2018). Professora na Escola Técnica de Enfermagem Santa Rita. Enfermeira de Apoio na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Membro do Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre Quotidiano em Saúde (NUPEQS). Contribuição na publicação de 5 livros.	

COMENTÁRIOS

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que têm como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal. Uma informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, subsidiando a tomada de decisões baseadas em evidências científicas e fidedignas para a programação de ações de saúde, de forma a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de serviços e do controle social. (BRASIL, 2016).

Segundo Lima e colaboradores (2009), o Brasil dispõe de uma ampla rede de Sistemas de Informação em Saúde (SIS), possibilitando o uso de infor¬mações para tomada de decisão entre os gestores dos diversos entes federativos, a partir de uma quantidade quase infinita de dados produzidos diariamente nos serviços de saúde, cuja apropriação , tanto pelos gestores quanto pela sociedade organizada significa proporcionar uma melhor alocação dos recursos na saúde. Na busca pelo conhecimento racional e rápido produzido pelos SIS, de forma a promover conhecimento e possibilitar mudanças no quadro sanitário brasileiro, vários desafios vem se apresentando aos gestores de todas as esferas governamentais. Superá-los significa proporcionar uma melhor alocação dos recursos na saúde e redução do desperdício. (PINTO; FREITAS e SANT'ANNA, 2018).

O e-SUS surge como é uma estratégia de reestruturação no âmbito das informações da Atenção Básica em nível nacional. Uma poderosa ferramenta é a utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PE**C)**, efetivando e qualificando a atenção básica como principal porta de entrada do cidadão, padronizando protocolos clínicos e programáticos, emitindo alertas e notificações, e integrando-se com os demais níveis de atenção, configurando-se assim como um excelente sistema de apoio à decisão. (BRASIL, 2016).

Desta maneira, seguem os comentários sobre as assertivas referentes ao e-SUS e ao PEC:

A assertiva I está INCORRETA. O e-SUS AB é uma estratégia que visa reestruturar as informações da atenção básica em nível nacional, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento. A estratégia preconiza a integração dos diversos sistemas de informações oficiais (BRASIL, 2018). De acordo com o Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS: "Diálogos no Cotidiano" parte dos dados, hoje em diversos sistemas, devem migrar para o PEC, porém apesar de todos concordarem que esta migração é importante, destacam que existem especificidades que não serão tratadas no PEC. (COSEMS, 2019).

A assertiva II está INCORRETA. De acordo com o e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC (BRASIL, 2018), o registro da prática clínica na Atenção Básica, bem como sua organização no processo do cuidar, têm especificidades oriundas dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde e da própria Estratégia de Saúde da Família, a saber:

- Atenção à saúde no primeiro contato: implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema;
- Longitudinalidade: implica a existência de uma fonte regular de atenção à saúde e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde ou do tipo de problema;
- Integralidade: tomando uma das dimensões da integralidade, implica na abordagem de um cuidado integral ao indivíduo e sua família, relacionada a um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, tanto pela resolutividade da atenção quanto pela articulação da equipe para uma atenção multiprofissional, valorizando a composição dos saberes de cada membro da equipe;
- Coordenação do cuidado: implica na articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados, tendo a equipe de atenção básica a responsabilidade de atuar como centros de comunicação entre os serviços de atenção secundária, terciária, de apoio diagnóstico e terapêutico, como definido pelas Redes de Atenção à Saúde. Desse modo, os atributos atenção às condições agudas, a singularidade e a submissão do cuidado aos demais níveis de atenção em saúde mencionados na alternativa II estão incorretos.

A assertiva III está CORRETA. Conforme descrito no e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC (BRASIL, 2018), o modelo de Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP). foi o modelo adotado pelo Sistema e-SUS AB para estruturação da funcionalidade de Prontuário Eletrônico do Cidadão. Este modelo, idealizado por Lawrence Weed na década de 1960 como Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP), por meio dos trabalhos "Medical records that guide and teach" e "Medical records, medical education and patient care", os quais ajudaram na sistematização e consolidação dos conceitos de lista de problemas e do próprio conceito de prontuário orientado por problemas, trazendo como uma das principais ferramentas o método SOAP.

O método SOAP, é organizado em quatro itens sendo S de (subjetivo). O de (objetivo). A para (avaliação). e P de (plano), usados sequencialmente para organizar as notas de evolução no atendimento ao cidadão, é uma forma prática e padronizada de registro (BRASIL, 2018).

Este modelo também é conhecido por História clínica orientada ao problema (HCOP), ou ainda, mais recente, por Registro de Saúde Orientado por Problemas (ReSOAP).

A assertiva IV também está CORRETA. O sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária - Segunda Edição (CIAP2), adotada pelo Brasil, é uma ferramenta adequada à Atenção Básica (AB) que permite classificar questões relacionadas às pessoas e não as doenças. A CIAP2 evidencia os motivos de procura do cidadão (sofrimento ou enfermidadE) ao serviço de saúde, mesmo que não sejam doenças objetivamente evidenciadas por qualquer tipo de exame (clínico, sangue ou imagem).

Compreendendo a CIAP2 como um sistema de classificação, o modelo de registro, tem início no problema relatado pelo cidadão e a necessidade de cuidado levantada. Ao acessar o serviço, o motivo da consulta é registrado, o problema de saúde é detectado, uma proposta de intervenção/procedimentos de cuidado é formulada, iniciando um episódio de cuidado (BRASIL, 2018).

Desse modo, a CIAP2 permite conhecer melhor a demanda dos pacientes. Permite qualificar a prática profissional, potencializando o planejamento das ações nas unidades de saúde, como também na programação das atividades de educação permanente. Favorece que o cuidado ao paciente seja assumido de forma multiprofissional pela equipe de saúde. (BRASIL, 2018).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC** – Versão 3.1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

COSEMS. **Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS: "Diálogos no Cotidiano"** .Rio de Janeiro : CEPESC/IMS/UERJ, organizadores. – 2.ed. revisada, ampliada. – Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019.

LIMA, Claudia Risso de Araujo et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(10):2095-2109, out, 2009

PINTO. Luis Felipe; FREITAS, Marcos Paulo Soares de; SANT'ANNA, André William. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1859-1870, 2018.

QUESTÃO 11- COMPONENTE ESPECÍFICO

Um homem de 56 anos de idade, 78 kg, está no 6º dia de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). devido a politraumatismo após acidente automobilístico. Encontra-se sedado, com entubação orotraqueal e em ventilação mecânica, hemodinamicamente instável, hipotenso (PAM: 52 mmHg), taquicárdico (FC: 126 bpm), recebendo noradrenalina 82 mL/h e mantendo cateter vesical de demora com débito de 100 mL nas últimas 4 horas. Está febril e seu hemograma aponta leucocitose, sugestiva de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (IRAS).

No que se refere à indicação da noradrenalina e às IRAS em sítio respiratório, assinale a opção correta.

A) A noradrenalina foi prescrita para promover inotropismo positivo, por atuar nos receptores beta adrenérgicos. A infecção em sítio respiratório não está relacionada com o suporte ventilatório não invasivo.

B) A noradrenalina foi prescrita para promover vasoconstrição periférica, por atuar nos receptores alfa adrenérgicos. Como medidas preventivas das infecções em sítio respiratório, incluem-se hidratação, mudança de decúbito e extubação precoce.

C) A noradrenalina foi prescrita para promover vasodilatação renal, por atuar nos receptores dopaminérgicos. A ocorrência da infecção em sítio respiratório está relacionada com a aspiração de vias aéreas sem técnica asséptica.

D) A noradrenalina foi prescrita para promover vasodilatação periférica, por atuar nos receptores alfa adrenérgicos. As infecções em sítio respiratório ocorrem com maior frequência em pacientes submetidos à ventilação mecânica.

E) A noradrenalina foi prescrita para promover vasodilatação coronariana, por atuar nos receptores beta adrenérgicos. As medidas preventivas das infecções em sítio respiratório envolvem hidratação, mudança de decúbito e extubação precoce.

GABARITO B	
Professor Convidado 1	Hoberdan Oliveira Pereira
Mini currículo Enfermeiro Graduado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Especialista em Microbiologia pela PUCMINAS. Mestre em Enfermagem pela UFMG. MBA em Gestão em Saúde e Controle de Infecção. Especialista em Qualidade e Segurança no cuidado ao paciente (Sírio Libanês). Gerente da Informação e Qualidade Hospitalar do Hospital Metropolitano Odilon Behrens. Membro diretor da Associação Mineira de Epidemiologia e Controle de Infecção (AMECI). Doutorando no Departamento de Ciências aplicadas à Cirurgia e Oftalmologia - UFMG	
Professor Convidado 2	Clayton Lima Melo

Mini currículo
Doutor e Mestre em Enfermagem pela UFMG. Titulado em Enfermagem em Terapia Intensiva pela ABENTI.
- Professor Adjunto da PUC Minas e UninCor. Enfermeiro da Emergência e UTI PS do Hospital Metropolitano Odilon Behrens - Belo Horizonte/MG. Conselheiro do Coren - MG. Vice-Presidente do Departamento Enfermagem da AMIB e membro do Departamento de Enfermagem da SOMITI

COMENTÁRIOS

A questão traz um caso clínico de paciente hemodinamicamente instável, caracterizado pela hipotensão (PAM: 52 mmHg), taquicardia (FC: 126 bpm), necessidade de utilização de noradrenalina em dose elevada (82 mL/h), e débito urinário reduzido (100 mL nas últimas quatro horas). A definição de choque não requer a presença de hipotensão arterial, definida como uma pressão arterial sistólica (PAS). < 90 mmHg ou pressão arterial média (PAM). menor que 65 mmHg ou ainda uma queda maior que 40 mmHg na pressão arterial basal. Embora a hipotensão arterial esteja comumente presente nos estados de choque, mecanismos compensatórios comuns nos estados iniciais de choque, como elevação da frequência cardíaca e vasoconstrição periférica, podem manter a pressão arterial inalterada inicialmente.

O paciente apresenta um quadro de choque descompensado, situação em que ocorre a falência dos mecanismos compensatórios, com presença de disfunções orgânicas, tendo destaque a disfunção cardiovascular, renal, metabólica, pulmonar e neurológica. A taquicardia e a taquipnéia tornam-se mais intensa, a hipotensão aparece, ocorre oligúria (débito urinário < 0,5 mL/Kg/h), a pele torna-se fria e pegajosa e há alteração do estado mental.

A utilização de drogas vasoativas pode ser necessária caso o paciente não responda à fluidoterapia inicial, bem como simultaneamente à reposição volêmica nos casos em que os níveis pressóricos forem extremamente baixos. Seu principal objetivo é manter a perfusão de órgãos vitais, de maneira a evitar a disfunção orgânica. A noradrenalina é um mediador do sistema nervoso simpático, permite uma rápida elevação da pressão arterial devido ao seu efeito vasoconstritor arterial mediado pelos receptores alfas. Possui também efeito inotrópico ao estimular receptores beta 1. É o vasopressor de primeira linha para manejo dos estados de choque. É uma droga que apresenta como efeitos colaterais possível cardiotoxicidade associado ao uso prolongado, e também pode levar à redução do fluxo sanguíneo para a pele, principalmente em administração através de acesso periférico.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária divulgou em 2017 uma série de publicações sobre Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Dentro do “Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde”, há um capítulo especial sobre as medidas específicas recomendadas para prevenção de pneumonia, assim como medidas específicas para prevenção de pneumonia associada a ventilação (PAV), foram desenvolvidas pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI). Em relação às Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). em sítio respiratório, o uso da ventilação mecânica (VM). é um dos fatores de risco para PAV, além do tempo de exposição à VM. O paciente do caso clínico apresenta quadro febril e leucocitose, sendo fundamental a investigação de foco infeccioso.

Uma estratégia de sucesso no controle das IRAS refere-se à adoção de pacotes de intervenções ou de um conjunto de boas práticas, denominados bundle, na língua inglesa. A metodologia da estratégia bundle prevê que a aplicação de intervenções em conjunto é comprovadamente mais eficaz do que a aplicação de medidas isoladas.

Em relação ao estado de hidratação, é fundamental em todas as funções orgânicas especificamente na mobilização de secreções e fluidificação. A VM está associada a altas taxas de pneumonia, pois o tubo endotraqueal inibe mecanismos de defesa importantes do trato respiratório superior, contribui com a produção e acúmulo de secreções de orofaringe, inibe mecanismos de tosse efetivos e pode ser uma fonte de infecção.

Entre as recomendações dos bundles de PAV estão a mudança regular de decúbito, manutenção de cabeceira elevada a 30º e extubação precoce. A utilização da menor dose possível de sedação e a avaliação da prontidão do paciente para a desintubação tem sido correlacionada com a redução do tempo de ventilação mecânica e, consequentemente, a uma redução na taxa de PAV.

Deve-se buscar diariamente a diminuição do nível de sedação e do tempo de sedação, pois podem contribuir para um menor tempo de intubação e possivelmente com menor mortalidade. É ainda importante implantar um protocolo de avaliação diária da sedação, avaliar a prontidão neurológica e incluir precauções para evitar a desintubação acidental, tais como maior monitorização e vigilância, avaliação diária multidisciplinar e implementação de uma escala, a fim de evitar o aumento da sedação.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ALECRIM, Raimunda Xavier et al . Estratégias para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão integrative. **Rev. Bras. Enferm**.,Brasília, v. 72, n. 2, p. 521-530, Apr. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde/**Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

CECCONI, M; DE BACKER, D; ANTONELLI, M. et al. **Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring.** Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med. 2014; 40(12): 1795-815.

Craven DE, Craven KS, Duncan RA. Hospital-acquired pneumonia. In: Jarvis WR. Bennett & Brachman's Hospital Infections. Lippincott Willliams & Wilkins, Philadelphia, 5th edition, 2007, chapter 31:519.Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee including The Pediatric Subgroup (2013). Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. Intensive Care Med. 2013 Feb;39(2):165-228. Dezfulian C, Shojania K, Collard HR, Kim HM, Matthay MA, Saint S. Subglottic secretion drainage for preventing ventilator-associated

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave.** 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2016.

HALL, John Edward; GUYTON, Arthur C. **Guyton & Hall tratado de fisiologia médica.** 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

QUESTÃO 12- COMPONENTE ESPECÍFICO

TEXTO I

Este estudo objetivou construir e validar uma escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico em pacientes adultos. Procedeu-se à construção e à validação de face e de conteúdo da escala e pesquisa de campo, com a participação de 115 pacientes. A Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico contém 7 itens, sendo que cada um apresenta cinco subitens. A pontuação dessa escala varia de sete a trinta e cinco pontos, e quanto maior o escore, maior o risco do paciente. Concluiu-se que a escala é um instrumento válido e confiável, entretanto, há necessidade de novos estudos para avaliar sua utilização na prática clínica.

LOPES, C. M. M. et al. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, n. 270, 2016 (adaptado).

TEXTO II

Este estudo buscou evidenciar, na literatura nacional e internacional, o conceito e as tipologias de empreendedorismo na Enfermagem. Englobou seis bases de dados, com os descritores entrepreneurship, entrepreneurs, entrepreneurial, entrepreneurialism, intrapreneurial, nursing, nurse, nurses, iniciativa empresarial, contrato de risco, enfermagem e enfermeira. A busca nas bases de dados resultou em 31 artigos, sendo 18 da PUBMED, 6 da LILACS, 3 da SCOPUS, 2 da CINAHL, 2 da BDENF e nenhum da SciELO. Foram selecionados para a análise artigos derivados de pesquisa original publicados de forma completa, livre e gratuita em periódicos disponíveis nas bases de dados selecionadas, nos idiomas português, inglês e espanhol, condizentes com o objetivo proposto e os descritores e/ou palavras-chave listados no protocolo previamente validado. Os artigos que estavam em mais de uma base de dados foram considerados duplicatas e automaticamente excluídos. Após a leitura dos artigos, os dados foram classificados em categorias.

COPELLI, F. H. S; ERDMANN, A. L; SANTOS, J. L. G. Empreendedorismo na Enfermagem: revisão integrativa da literatura.

Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, supl. 1, 2019 (adaptado).

Considerando os resumos de pesquisa apresentados, assinale a opção correta.

A) Os dois resumos apresentam o referencial teórico para discussão dos resultados.

B) Os dois resumos descrevem o problema de pesquisa, mencionando o procedimento de coleta e análise de dados, bem como o delineamento de pesquisa adotado.

C) Os dois resumos tratam de pesquisas nas quais há coerência entre o objetivo de pesquisa e o método de investigação proposto, o que constitui um indicador de confiabilidade dos resultados obtidos.

D) O primeiro resumo apresenta critérios de inclusão dos participantes da pesquisa e o segundo apresenta delineamento que indica estudo de intervenção.

E) O primeiro resumo apresenta descrição dos instrumentos de coleta de dados coerentes com a abordagem qualitativa e, o segundo descreve o procedimento de análise de dados com base em abordagem quantitativa e análise estatística.

GABARITO C	
Professor Convidado 1	Kerolly Cristiny Ferreira Malaquias
Mini currículo Enfermeira graduada pelo Centro Universitário de Sete Lagoas - UNIFEMM (2019). Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em epidemiologia, envenenamentos por animais peçonhentos e atualização de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs). do Centro de Terapia Intensiva (CTI). e iniciação científica. Realizou iniciação científica do UNIFEMM em projeto de pesquisa com bolsa FAPEMIG e foi voluntária em outra iniciação científica do UNIFEMM. Membro discente do colegiado de curso (Enfermagem - UNIFEMM).	

COMENTÁRIOS

Por muitos anos as ciências se dedicaram aos estudos de fatos e fenômenos da natureza. Até a segunda metade do século XIX os filósofos e teólogos eram os responsáveis pela produção estudos sobre o homem e a sociedade, trabalhos de suma importância e que repercutem na atualidade. Não obstante, com as inovações tecnológicas e no cenário político naquele período, buscou-se outras fontes de conhecimento acerca do homem e da sociedade tão confiáveis quantos as pesquisas de ciências da natureza. Assim, desenvolveu-se uma concepção científica do saber denominada Positivismo (GIL, 2008). Apesar de circunscrito historicamente, não se nega que o positivismo influencie o modelo hegemônico de ciência (SILVINO, 2007).

O objetivo fundamental da ciência é alcançar a veracidade dos fatos e a característica que distingue o conhecimento científico dos demais é a verificabilidade. Para isso, faz-se necessário determinar o método que permitiu chegar a esse resultado (GIL, 2008). Muitos pesadores tentaram criar um método único para desenvolver todas as pesquisas nos mais diversos segmentos, hoje, porém, compreende-se que há uma diversidade de métodos de pesquisa e que esses são aplicados conforme o tipo de objeto a ser investigado e objetivo do estudo (GIL, 2008; FACHIN, 2006).

> *Pode-se definir pesquisa como o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos (GIL, 2008, p.26).*

O método é um planejamento, passo a passo, de todas as ações que serão realizadas, estas ações são sistemáticas e racionais. Esse planejamento possibilita a detecção de erros e auxilia nas tomadas de decisões. A aplicação correta do método proporciona confiabilidade ao estudo (FACHIN, 2006). Em sua obra Fachin (2006). destaca alguns métodos: racionais, observacional, comparativo, histórico, experimental, estudo de caso, funcionalista e estatístico. Cada método é aplicado conforme o objetivo do estudo.

As pesquisas variam entre si quanto aos objetivos, objetos de pesquisa e método aplicado, por isso não é possível criar um único esquema que indique todas as etapas do processo de pesquisa detalhadamente. Não obstante, há um concesso entre a maiorias dos autores quanto as etapas envolvidas em todo processo de pesquisa social: planejamento, coleta de dados, análise e interpretação e redação do relatório. Cada uma dessas etapas pode ser subdividida, gerando assim diversos esquemas (GIL, 2008).

O esquema adotado por Gil (2008), é composto por nove etapas:

1). Formulação do problema;

2). Construção de hipóteses ou determinação dos objetivos;

3). Delineamento da pesquisa;

4). Operacionalização dos conceitos e variáveis;

5). Seleção da amostra;

6). Elaboração dos instrumentos de coleta de dados;

7). Coleta de dados;

8). Análise e interpretação dos resultados;

9). Redação do relatório.

O segmento dessas fases nem sempre é observado de forma rigorosa, algumas delas podem não ser apresentada de forma clara no estudo, no entanto essa sequência de fases se mostra mais lógica (GIL, 2008).

Fontelles *et al.* (2009), descreve em seu estudo a estrutura da pesquisa cientifica e detalha "o que fazer" e "como fazer" cada uma das etapas da pesquisa científica.

Análise das alternativas:

A) Os dois resumos apresentam o referencial teórico para discussão dos resultados. **ERRADA**: os resumos não apresentam o referencial teórico

B) Os dois resumos descrevem o problema de pesquisa, mencionando o procedimento de coleta e análise de dados, bem como o delineamento de pesquisa adotado. **ERRADA:** o problema de pesquisa não foi apresentado no resumo.

C) Os dois resumos tratam de pesquisas nas quais há coerência entre o objetivo de pesquisa e o método de investigação proposto, o que constitui um indicador de confiabilidade dos resultados obtidos. **CORRETA**

D) O primeiro resumo apresenta critérios de inclusão dos participantes da pesquisa e o segundo apresenta delineamento que indica estudo de intervenção. **ERRADA:** os critérios de inclusão são apresentados do segundo resumo

E) O primeiro resumo apresenta descrição dos instrumentos de coleta de dados coerentes com a abordagem qualitativa e, o segundo descreve o procedimento de análise de dados com base em abordagem quantitativa e análise estatística. **ERRADA:** o segundo resumo se trata de um estudo com abordagem qualitativa.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Gil, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008

SILVINO, Alexandre Magno Dias. Epistemologia positivista: qual a sua influência hoje?. **Psicologia: Ciência e Profissão,** Brasília, v. 27, n. 2, p. 276-289, junho 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000200009>. Acesso em: 28/10/2019

FACHIN,Odilia. Fundamentos de metodologia. 5ºedição (revista) São Paulo, Saraiva, 2006.

FONTELLES, Mauro José; Simões, Marilda Garcia; Farias, Samantha Hasegawa; Fontelles, Renata Garcia Simões. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa / Scientific research methodology: guidelines for elaboration of a research protocol. 23(3), jul.-set. 2009. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso em: 28/12/2019.

QUESTÃO 13- COMPONENTE ESPECÍFICO

Um homem deu entrada no pronto-socorro de um hospital acompanhado pelo seu filho, o qual é seu único cuidador. O filho relatou que o pai apresentava sintomas de desorientação, agitação e quadro de torpor surgidos uma semana após a ingestão de diazepam. No exame físico, o paciente encontrava-se confuso e desorientado, com diminuição da acuidade visual, da ingesta hídrica e da alimentar, além de apresentar dificuldade de comunicação e locomoção. Devido ao quadro apresentado decidiu-se pela sua internação na unidade de clínica médica. O enfermeiro da unidade de internação, ao admitir o paciente, percebeu que os dados referentes à consulta de enfermagem, realizada no pronto-socorro, foram inseridos no prontuário eletrônico conforme fases do processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e teorias de enfermagem.

Considerando os benefícios do processo de sistematização da assistência de enfermagem bem como das teorias de enfermagem na avaliação do paciente, avalie as afirmações a seguir.

I. Os sintomas relacionados a nutrição, sono, locomoção, comunicação e orientação no tempo e no espaço exemplificam necessidades psicobiológicas e psicossociais.

II. Os dados fornecidos pertencem ao histórico, primeira etapa do processo de enfermagem, e a partir deles é possível traçar os diagnósticos prioritários.

III. A utilização das teorias de enfermagem para detecção das necessidades do paciente simplifica as etapas do processo de enfermagem, o qual envolve quatro etapas. IV. A fase de diagnóstico, utilizada no processo de enfermagem, é suprimida pela teoria de enfermagem.

É correto apenas o que se afirma em

A) I e II.

B) II e III.

C) III e IV.

D) I, II e IV.

E) I, III e IV.

GABARITO A	
Professor Convidado 1	Rogério Campice da Silva

Mini currículo

Mestre em Enfermagem pela UFMG (2003), Especialização em Terapia Intensiva pelo IEC PUC-Minas (2000). e graduação em Enfermagem pela UFJF (1995). Atualmente é professor Assistente III do curso de Enfermagem da PUC-Minas nos campi Coração Eucarístico, Barreiro e Betim. Coordenador da disciplina Estágio Supervisionado III do curso de Enfermagem - PUC Minas - Coração Eucarístico. Coordenador dos Cursos de Especialização em Enfermagem em Urgência, Emergência e Trauma e Unidade de Tratamento Intensivo - IEC PUC Minas Betim e Ipatinga. É professor Titular da Faculdade de Enfermagem da UNIFENAS-BH. Professor nos Cursos de Pós-graduação em Enfermagem: UNIFENAS-BH, IEC PUC-Minas de Belo Horizonte, Betim, Ipatinga e Sete Lagoas, como também no curso Reanimação - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Tem experiência na área Pedagógica de Enfermagem, onde atuou como Coordenador Adjunto e Professor Titular do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNA, em Belo Horizonte. Atua com ênfase nos seguintes temas: Projeto Pedagógico, Pesquisa em Enfermagem, Teorias de Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Fundamentos e Introdução de Enfermagem, Semiologia e Semiotécnica, Enfermagem Clínica e Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem em Urgência e Emergência e Enfermagem em Terapia Intensiva e Anatomia Humana.

Professor Convidado 2	Matheus Medeiros e Melo

Mini currículo

Mestrando em Biotecnologia, Gestão e Inovação – UNIFEMM 2020, Especialista em Enfermagem Intensiva de Alta Complexidade pela Universidade Estacio de Sá 2015; Graduado em Enfermagem pela Universidade Presidente AntoAntônio Carlos – Campus Leopoldina MG 2008. Professor convidado IEC PUC Minas, disciplina de enfermagem nas emergências e urgências cardiológicas. Professor de nivel técnico : Escola Santa Rita e Meta Escola técnica.

COMENTÁRIOS

A sistematização da assistência de enfermagem (SA**E)** é um método que tem a finalidade de aprimorar a assistência de enfermagem ao paciente, permite que a enfermagem estruture suas ações, baseando-se no método científico e em referencial teórico, de modo a garantir uma melhor assistência ao indivíduo, família e comunidade (SILVA; MOREIRA, 2011).

Horta (2011). propôs uma assistência de enfermagem sistematizada, fundamentando o seu trabalho na Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

A teoria engloba leis gerais, tais como as leis do equilíbrio (homeostase e hemodinâmica), da adaptação (interação com o meio). e a do holismo (o todo não é a mera soma das partes, mas o conjunto destas (HORTA, 1970).

A afirmativa I portanto, está CORRETA, pois partindo dos pressupostos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), elaborada pela Doutora Wanda de Aguiar Horta a partir da segunda metade da década de 1960, o foco do trabalho da enfermagem era levar o ser humano ao estado de equilíbrio pelo atendimento de suas necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

A afirmação I refere que os sintomas apresentados pelo homem que deu entrada no pronto socorro e que foram relacionados a nutrição, sono, locomoção, comunicação e orientação no tempo e no espaço exemplificam, pois, CORRETAMENTE essas necessidades psicobiológicas de Horta.

Ela descreve que as Necessidades Psicobiológicas (NPB) são aquelas relacionadas com o corpo do indivíduo. Para Marques et al citados por Tannure; Pinheiro (2019). as NPB não são planejadas previamente, elas são forças, instintos ou energias inconscientes do nível psicobiológico do homem. Na referida afirmativa as necessidades de nutrição, sono e repouso, mecânica corporal e motilidade (locomoção). regulação neurológica (comunicação e orientação no tempo e no espaço), são NPB e mostram adequação nesta análise.

A afirmativa II também se mostra CORRETA ao colocar que os dados fornecidos pertencem ao histórico, primeira etapa do processo de enfermagem, e a partir deles é possível traçar os diagnósticos prioritários.

Ela está de acordo com o que rege a Resolução COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Em seu Art. 2º ela determina que o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

A primeira delas é a coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), conforme colocado na alternativa II, fase na qual são obtidas informações as quais possibilitarão a interpretação e o agrupamento dos dados que culminarão com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos que serão elaborados na segunda fase dos Diagnósticos de Enfermagem. As demais fases são: Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem.

A afirmativa III é INCORRETA pois ela destaca que a utilização das teorias de enfermagem para detecção das necessidades do paciente simplifica as etapas do processo de enfermagem, o qual envolve quatro etapas.

O uso de teorias de enfermagem NÃO tem por objetivo simplificar nenhuma etapa do Processo de Enfermagem. De acordo com McEwen, (2009). o uso de Teorias de Enfermagem possibilita estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, proporciona uma forma sistematizada para a coleta de dados objetivando descrever, explicar e prever a prática racionalmente. Outrossim, conforme analisado na afirmativa II, o Processo de Enfermagem envolve CINCO etapas.

A afirmativa IV, segue a mesma linha da afirmativa III. Ela está INCORRETA, pois não existe isso de supressão pela teoria de enfermagem, qualquer que seja ela, da fase de diagnóstico, utilizada no processo de enfermagem. McEwen, (2009). afirma que uma teoria de enfermagem é definida como um conjunto de afirmações sistemáticas, relacionadas com questões importantes de uma disciplina, comunicadas de modo coerente. Para Freitas,

Tanure e Chianca (2010), as teorias de enfermagem favorecem a qualidade da assistência e direcionam o cuidado para as demandas apresentadas e identificadas no indivíduo, na família e na comunidade.

Portanto, partindo dessa análise, como comentário final, afirmamos que a resposta correta a ser assinalada é a alternativa (**A)**

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009.Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br/2007/downloads/RESOLUCAO3582009.doc>.Acesso em: 27 dez. 2019

FREITAS, N.F; TANNURE, M.C; CHIANCA, T.C.M. Implementação do processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal de Belo Horizonte. Revista de Enfermagem UFPE On Line, v. 4, n. especial, 2010.
Horta WA. Contribuição para uma teoria em enfermagem. Rev Bras Enf. 1970;23(36):117-25.

HORTA, W.A. Processo de enfermagem. São Paulo (SP): Guanabara Koogan; 2011.

McEWEN, M. Visão geral da teoria de enfermagem. In: McEWEN, M; WILLS, E.M. Bases teóricas para a enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SILVA, M. M; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. Acta Paulista de Enfermagem, São Gonçalo-RJ, v. 24, n. 2, p. 172-178, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/03.pdf. Acesso em: 27 dez. 2019.

TANNURE, M.C; PINHEIRO, A.M. SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

QUESTÃO 14- COMPONENTE ESPECÍFICO

O reconhecimento dos estágios do processo de morte e morrer pela equipe multiprofissional é essencial para a compreensão das necessidades humanas e para a adoção de cuidados integrais, éticos e humanizados.

Considerando esse processo, suponha que os pais de uma criança de 7 anos de idade, hospitalizada com câncer em fase terminal, tenham recebido os resultados dos exames realizados após o tratamento, sendo comunicados pelo pediatra que a terapêutica não foi eficaz e que há curta expectativa de vida.

De acordo com a teoria de Elisabeth Kübler-Ross (2008), assinale a opção correta que apresenta os estágios do processo de morte e morrer que podem ser enfrentados pelos pais do caso acima.

A) Tristeza, depressão, luto, aceitação e morte.

B) Tristeza, raiva, barganha, depressão e aceitação.

C) Negação, tristeza, raiva, barganha e depressão.

D) Negação, raiva, barganha, depressão e luto.

E) Negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

GABARITO E	
Professor Convidado 1	Júlio César Batista Santana
Doutor em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo - São Paulo (2014), Mestrado em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo -São Paulo (2007), Especialização em Enfermagem em UTI (2001), Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1996). Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem da PUC/Minas Campus Coração Eucarístico e Chefe do Departamento de Enfermagem, Prof. do Centro Universitário UNIFEMM - Sete Lagoas Autor de 6 livros: Fundador da ONG - Instituto Professor e Enfermeiro Júlio Santana em 07/2019. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0546-6048	
Professor Convidado 2	Alexandre Ernesto Silva
Mini currículo Enfermeiro graduado pela Universidade Federal de Alfenas (2000), especialização em saúde mental pela UEMG, especialização em Gestão Hospitalar pela FIJ/FGV, mestrado em Educação, cultura e organizações sociais - na linha de saúde coletiva (Cuidados paliativos). - UEMG e doutorado em Enfermagem, na linha de Educação e Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais com sanduíche na Universidade Católica Portuguesa - Lisboa/Portugal (Cuidados paliativos). Atualmente é Professor Adjunto da Universidade Federal de São João Del Rei, professor do Curso de Enfermagem e Medicina. Membro e pesquisador voluntário do Grupo de Estudo e Pesquisa em Cuidados Paliativos da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Autor do livro: Cuidados paliativos na atenção primária à saúde. Membro do Observatório português em cuidados paliativos. Membro da Câmara Técnica Gerencial e Assistencial e da Comissão de Controle Social e Representações do Coren-MG. Desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão, atuando nos seguintes temas: cuidados paliativos, humanização da assistência em saúde, atenção domiciliar, comunicação em saúde, organização e gestão dos serviços de saúde.	

COMENTÁRIOS

No **primeiro estágio,** o da negação e do isolamento, a pessoa passa a reagir: "Não, eu não, não pode ser verdade". Essa negação inicial era observada tanto nos pacientes que recebiam diretamente a notícia no começo da sua doença como aqueles a quem nada havia sido dito sobre a verdade e, ainda, aqueles que vinham a saber mais tarde, por conta própria (KUBLER-ROSS, 2008).

Essa fase pode ser uma defesa temporária ou, em alguns, casos pode sustentar-se até o fim vida. O paciente desconfia de troca de exames ou da competência da equipe de saúde. Geralmente o pensamento que traduz essa defesa é: "Não, eu não, é verdade" (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

A negação da morte é um mecanismo constantemente utilizado pelos profissionais, o que acaba por impossibilitar o reconhecimento das angústias dos pacientes e de seus familiares perante a morte, não favorecendo a elaboração do luto (KUBLER-ROSS, 2008).

O **segundo estágio**, a **raiva,** ocorre quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio, a negação; ele é substituído por sentimentos de raiva, revolta e ressentimento. Surge uma pergunta. "Por que eu? Não é verdade, isso não pode acontecer comigo!" (KUBLER-ROSS, 2008).

Torna-se mais difícil lidar com o paciente, pois a raiva se propaga em todas as direções, projetando-se no ambiente, muitas vezes, sem "razão plausível" (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Diante do sofrimento insuportável, o enfermo terminal vivencia momentos de revolta com Deus e com as pessoas que estão ao seu lado, transfere a culpa da enfermidade para terceiros e, em situações extremas, manifesta-se com agressões verbais e físicas aos familiares e cuidadores. (SANTANA;PESSINI;SÁ. CUIDADOS PALIATIVOS:Uma reflexão Bióética. Edidora CRV. Curitiba. 1 ed. 2019).

Depois, é comum que o paciente e seus familiares passem por momentos de hostilidade direcionados à vida, a Deus, aos próprios profissionais de saúde e aos próprios familiares. O paciente pode tornar-se hostil e muito agressivo, sem compreensão com familiares e com os profissionais da saúde (OLIVEIRA; DOS SANTOS; MASTROPIETRO, 2010).

O **terceiro estágio**, o da **barganha,** é o menos conhecido, mas útil ao paciente, embora por um tempo muito curto. É, na realidade, uma tentativa de adiamento e inclui um prêmio oferecido por bom comportamento. A maioria das barganhas são feitas com Deus e mantidas em segredo (KUBLER-ROSS, 2008).

Nessa fase, o paciente faz promessas por um prolongamento da vida ou alguns dias sem dor ou males físicos. As barganhas são feitas com Deus na maioria das vezes e, psicologicamente, podem estar associadas a uma culpa recôndita (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

O **quarto estágio,** a **depressão**, ocorre quando a pessoa não consegue mais negar sua doença, sua revolta e sua raiva, cedendo lugar a um sentimento de impotência, perda, tristeza e vazio profundo (KLUBER-ROSS, 2008).

A depressão pode evidenciar seu alheamento ou estoicismo com um sentimento de grande perda. As dificuldades do tratamento e a hospitalização prolongadas aumentam a tristeza do paciente, que, aliada a outros sentimentos, ocasionam a depressão (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

O **quinto estágio** é a **aceitação**. Nessa fase, o paciente já estará cansado, debilitado e bastante fraco; na maioria dos casos contemplará seu fim próximo com uma tranquila expectativa, expressa: "Não aguento mais lutar" (KLUBER-ROSS, 2008).

Nessa fase, o paciente passa a aceitar sua situação e seu destino. É o período em que a família pode precisar de ajuda, compreensão e apoio, à medida que o paciente encontra uma certa paz e o círculo de interesse diminu**I.** No entanto, há pacientes que mantêm o conflito com a morte sem atingir esse estágio (SUSAKI; SILVA; POSSARI, 2006).

Nessa direção, ressalte-se importância da assistência psicológica nas fases da doença do paciente terminal e de seus familiares para que se possa cumprir um dos princípios básicos da filosofia de trabalho dos cuidados paliativos: oferecer qualidade de vida com respeito e dignidade nos momentos que precedem a terminalidade, desde o diagnóstico da doença até o momento da travessia (SANTANA;PESSINI;SÁ. CUIDADOS PALIATIVOS:Uma reflexão Bioética. Edidora CRV. Curitiba. 1 ed. 2019; OLIVEIRA; SANTOS; MASTROPIETRO, 2010).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes terminais tem para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 295 p.

OLIVEIRA, Érika Arantes; SANTOS, Manoel Antônio dos; MASTROPIETRO, Ana Paula. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v. 15, n. 2, p. 235-244, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www. scielo.br/pdf/pe/v15n2/a02v15n2.pdf>. Acesso em: 08 de Dez. 2019.

SANTANA;PESSINI;SÁ. CUIDADOS PALIATIVOS:Uma reflexão Bióética. Edidora CRV. Curitiba. 1 ed. 2019

SUSAKI, Tatiana Thaller; SILVA, Maria Júlia Paes da; POSSARI, João Francisco. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 19, n. 2, p.144-149, 2006.

QUESTÃO15-COMPONENTEESPECÍFIC-COMPONENTEESPECÍFICO

Um homem de 53 anos de idade, aposentado, tabagista e com ensino fundamental incompleto faz acompanhamento há dois meses na Unidade de Saúde da Família para tratamento de *Diabetes mellitus* tipo 2 (DM2). Faz uso de metformina e insulina regular quando o hemoglicoteste (HGT). está acima de 400 mg/dL. Não trabalha devido ao problema de saúde e não gosta de praticar exercícios físicos. Segundo ele, assistir televisão é sua principal atividade de lazer. Relata que ingere muita água, que faz três refeições diárias e que está com dificuldades para dormir, acordando várias vezes durante a noite.

Em determinada ocasião, compareceu para consulta de enfermagem relatando dor no pé direito, cansaço e fraqueza. Ao exame físico constatou-se peso corporal de 99 kg, 1,70 m de altura, índice de massa corporal (IMC) de 34,25 kg/m^2 e pressão arterial de 160 x 90 mmHg. O resultado do HGT às 06:30 foi de 452 mg/dL. O paciente trazia consigo o frasco de insulina.

Considerando os cuidados de enfermagem adequados ao caso clínico apresentado, avalie as afirmações a seguir.

I. Supervisionar o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, orientar o paciente a transportar a insulina com gelo seco e guardar na porta da geladeira e oferecer apoio educativo para as necessidades individuais.

II. Solicitar exames previstos no protocolo, estimular o autocuidado e a adesão ao tratamento, envolvendo familiares no cuidado, e sugerir a participação em grupos educativos.

III. Estimular a execução de atividades físicas, a perda de peso e, caso não haja modificações na pressão arterial, instituir tratamento medicamentoso.

IV. Orientar sobre as modificações de estilo de vida, não expor a insulina ao sol e negociar plano de cuidados baseado nos achados clínicos e na avaliação de risco.

V. Instituir um plano de cuidado interprofissional visando à perda de peso, avaliar o membro inferior e sugerir mudanças no estilo de vida.

É correto apenas o que se afirma em

A) I, II e III.

B) I, III e V.

C) I, IV e V.

D) II, III e IV.

E) II, IV e V.

GABARITO E	
Professor Convidado 1	Andrelle Caroline Bernardes Afonso
Mini currículo Mestre em Educação em Diabetes pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa- Belo Horizonte (2014), Especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Básica pela UFMG (2011), Especialização em Urgência, Emergência e Trauma pela PUC-MG; Especialização em Formação pedagógica para profissionais de Saúde pela UFMG (2015), Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Fac- Redentor (2015), Especialização em Gestão de Saúde pela UFSJ (2018) e Especialização em Gestão de risco, qualidade e segurança do paciente pelo INCISA (2019). Docente do Centro Universitário UNIFEMM- Sete Lagoas e Enfermeira da ESF em Sete Lagoas- MG.	
Professor Convidado 2	Gisele Fráguas
Mini currículo Enfermagem e Licenciatura pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2001). Especialista em Auditoria dos Serviços de Saúde e Enfermagem em Nefrologia.Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (2007). Atualmente, é professora da PUC Minas e enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.Tem experiência na área de Enfermagem em Educação, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, família, nefropatia diabética, gerência, hemodiálise e educação.	

COMENTÁRIOS

A abordagem durante a consulta de enfermagem ao paciente com *diabetes mellitus* (DM). e outras comorbidades deve ser sempre muito criteriosa e centrada nas necessidades que o indivíduo nos traz, não somente ao que o mesmo refere nas queixas apresentadas durante a anamnese. É importante estar atento às necessidades subjetivas não citadas claramente pela fala, mas evidenciadas pelo comportamento do sujeito.

O crescente número de pessoas diagnosticadas com a doença, na contemporaneidade, está associado à urbanização acelerada,a transição epidemiológica e nutricional, bem como ao sedentarismo e excesso de peso dentre outras, exigindo dos profissionais de saúde atualizações constantes e envolvimento no cuidado a pessoa doente (SBD, 2019).

A questão em tela apresenta o caso de um homem que possui o diagnóstico de *diabetes mellitus* tipo 2, que dentre os tipos de diabetes apresentado é o mais prevalente, totalizando cerca de 90 a 95% dos diagnósticos. A SBD segue os critérios de classificação etiológica do diabetes conforme a Associação Americana de Diabetes (AD**A)** mencionada em 2017 e conceitua o DM tipo 2 como o perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina.

Ao analisar as características do caso clínico apresentado e a poligenia do DM 2, é válido mencionar portanto, algumas semelhanças:

1. Idade do paciente - 53 anos: o DM tipo 2 geralmente acomete indivíduos na quarta década de vida, uma vez que envelhecimento está diretamente relacionado a falência funcional do pâncreas (SBD, 2019).
2. Alimentação inadequada: "... faz três refeições diárias."-O DM2 é uma das principais doenças crônicas que podem ser evitadas por meio de mudanças no estilo de vida e intervenção não farmacológica, dentre elas a mudança nos hábitos alimentares que devem privilegiar a ingestão de verduras, frutas e alimentos integrais, em detrimento a ingestão de carboidratos em excesso e alimentos industrializados e ultraprocessados, ricos em açúcares, sódio e gorduras (VIEIRA et. al; 2017).
3. Sedentarismo: "...não gosta de praticar exercícios físicos". A inatividade física contribui para a obesidade, destacando-se como um dos principais fatores de risco. A prática da atividade física regular é determinante na prevenção e tratamento de todos os tipos de DM, sendo importante na redução do risco cardiovascular, na melhoria do bem estar e na redução do peso e dos níveis de gordura no sangue e central (gordura abdominal). (SBD, 2019). .

Sobre as opções da questão, é válido atentarmos aos pontos onde constam desacordos com a literatura.

I. Supervisionar o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, orientar o paciente a transportar a insulina com gelo seco e guardar na porta da geladeira e oferecer apoio educativo para as necessidades individuais.

Na opção I, o que foi observado como incorreto está na forma de armazenamento e transporte da insulina. Esta não deve ser armazenada na porta da geladeira, devido à oscilação da temperatura ao fechar e abri-la com frequência. De acordo com o Caderno da Atenção Básica número 36, as insulinas lacradas devem ser mantidas em temperatura de 2°C a 8° C, acima da gaveta de verduras ou na primeira prateleira da parte inferior da geladeira. Em relação ao transporte, a orientação é transportar a insulina em bolsa térmica ou caixa de isopor, sem gelo comum ou seco evitando a exposição desta a radiação solar.

II. Solicitar exames previstos no protocolo, estimular o autocuidado e a adesão.

Na opção II todos os cuidados descritos estão corretos,especialmente o que menciona sobre a solicitação de exames previstos no protocolo. Vale ressaltar que a Lei 7.498/86 em seu artigo 11º e o decreto 94406/87 em seu artigo 8º, tratam do exercício da enfermagem e mencionam que compete ao enfermeiro exercer todas asatividades de enfermagem cabendo-lhe privativamente a consulta de enfermagem. Além disso, a resolução 195/97 dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelos enfermeiros, mediante consulta de enfermagem obviamente.

III. Estimular a execução de atividades físicas, a perda de peso e, caso não haja modificações na pressão arterial, instituir tratamento medicamentoso.

Na opção III o cuidado que invalida a afirmativa relaciona-se a instituição do tratamento medicamentoso, somente após as mudanças no estilo de vida que envolvem o sedentarismo, a prática de atividade física e a perda de peso. Segundo as Diretrizes 2019-2020 da Sociedade Brasileira de Diabetes o valor alvo da pressão arterial no paciente diabético deve ser abaixo de 140x 80 mmhg. Como o usuário apresentava, durante a consulta de enfermagem, uma PA de 160x90 mmhg, ou seja, acima do valor alvo indicado é importante a prescrição de uma medicação, conforme protocolo do serviço. Este valor alvo deve ser conseguido, inicialmente, com a prescrição de um diurético associado a mudanças no estilo de vida que envolve a prática regular de atividades físicas e a perda de peso. É importante ressaltar que este usuário deverá ser acompanhado, com maior frequência, a fim de verificar a necessidade de utilização de uma segunda ou terceira medicação para o controle da PA(SBD, 2019).

IV. Orientar sobre as modificações de estilo de vida, não expor a insulina ao sol e negociar plano de cuidados baseado nos achados clínicos e na avaliação de risco.

Na opção IV todos os cuidados descritos são coerentes para o usuário com DM, sendo importante trabalhar com a pessoa que conviver com a doença exigirá desta, cuidados especiais em relação ao autocuidado por toda a vida.As mudanças no estilo de vida não devem ser impostas e sim realizadas ao longo do tempo, na medida em que a pessoa vai compreendendo a necessidade de mudança. Reforçar e considerar pequenos progressos em relação à mudança de hábitosé importante na implementação das adaptações necessárias para se conseguir um melhor controle metabólico, o que envolve uso correto das medicações prescritas e mudanças no estilo de vida. Assim, o plano de cuidados não deve ser prescritivo e sim, decidido em conjunto com a pessoa, que deve ser estimulada a tomar decisões e tornar-se ativa no processo de autocuidado.Alguns estudo sindicam que ao ser envolvida e corresponsabilizada no tratamento da doença há uma melhora na adesão da pessoa e sua família ao plano de cuidados (ARAÚJO et. al; 2018). É importante considerar quais mudanças comportamentais são mais pertinentes e possíveis de serem realizadas, baseadas nos achados clínicos e na avaliação de risco. Basicamente, o plano de cuidados deve se concentrar na adoção de uma alimentação saudável, redução e ou cessação do tabagismo e prática de atividade física regular (SBD, 2019).

V. Instituir um plano de cuidado interprofissional visando à perda de peso, avaliar o membro inferior e sugerir mudanças no estilo de vida.

Na opção V todos os cuidados descritos são coerentes e importantes para o usuário com DM, validando a afirmativa. A prática interprofissional colaborativa (PIC) é essencial para a implementação da atenção centrada no paciente (ACP). que tem como foco a pessoa e suas necessidades de saúde. A prática do PIC sugere uma mudança de conduta por parte dos profissionais de saúde que devem dialogar entre si, com a pessoa doente e sua famíliasobre o Plano de Cuidados, contemplando a participação de todos os sujeitos envolvidos no processo decisório, tendo como objetivo a construção de relações mais simétricas e próximas que facilita a aderência ao tratamento (AGRELI, PEDUZZI, SILVA; 2016).

A mudança dos hábitos alimentares constitui-se em uma das mais desafiadoras alterações necessárias no tratamento do DM. Um bom controle metabólico é considerado a pedra angular para a redução das complicações microvasculares (retinopatia diabética, neuropatia periférica e doença renal). e cardiovasculares do DMe deve ser realizado de maneira individualizada por profissional capacitado, de preferência um nutricionista (SBD, 2019).

A avaliação dos membros inferiores durante a consulta de enfermagem tem como objetivo a identificação precoce de lesões nos pés. A neuropatia periférica é um dos principais fatores de risco para as amputações e está presente em mais de 50% das pessoas com DM e em estágio avançado leva a perda da sensibilidade protetora. A SBD recomenda avaliação clínica dos pés incluindo a inspeção e palpação da pele (coloração e temperatura), unhas e da estrutura dos pés, bem como a palpação dos pulsos arteriais tibiais posteriores e pedioso, além da avaliação da sensibilidade tátil pressórica através do uso do monofilamento Semmens Westein 5,07. A periodicidade da avaliação varia de 01 ano para paciente com neuropatia ausente até uma vez a cada 03 meses nos casos de amputação ou úlcera prévia (SBD, 2009).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

AGRELI, H.F; PEDUZZI, M; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface (Botucatu). 2016; 20 (59):905-16.

ARAÚJO, E. S. S; SILVA, L.F; MOREIRA, T. M. M; ALMEIDA, P.C; FREITAS, M.C; GUEDES, M.V.C.Cuidado de enfermagem ao pacientecom diabetes fundamentado na Teoria de King. **Rev. Bras.Enferm** [Internet]. 2018; 71(3): 1157-63

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decreto 94406/97 de 08 de junho de 1997**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 27 de dez. de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lei 7498/86 de 25 de junho de 1986**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 27 de dez. de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN 195/97 de 18 de fevereiro de 1997**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.htm. Acesso em: 27 de dez. de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Organização José Egídio Paulo de Oliveira, São Paulo, Editora Clannad, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Manual de Enfermagem. São Paulo: 2009. 173p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. São Paulo: Clannad Editora Científica. 491p.

VIEIRA, V.A.S; AZEVEDO, C; SAMPAIO, F.C; OLIVEIRA, P.P; MORAES, J.T; MATA, L.R.F. Cuidados de enfermagem para pessoas com Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial: mapeamento cruzado. **Rev. Baiana Enferm**,v. 31, n. 4, e21498, 2017.

QUESTÃO 16- COMPONENTE ESPECÍFICO

Uma adolescente de 16 anos de idade e seu atual companheiro chegaram à unidade básica de saúde acompanhados de uma agente comunitária de saúde, pois foi identificada, durante visita domiciliar, suspeita de gravidez sem acompanhamento de pré-natal. Na consulta, a enfermeira identificou que a adolescente teve múltiplos parceiros e que praticou atividade sexual sem uso de preservativos, sendo ainda usuária de *crack* e maconha. Os principais achados dos exames físico e obstétrico foram: presença de manchas nas palmas das mãos, altura uterina de 28 cm, batimento cárdio-fetal (BCF). e movimento fetal (MF). presentes. Foram realizados os testes rápidos (sífilis, HIV, Hepatite C e Hepatite B) da gestante e do seu companheiro, sendo o resultado reagente para sífilis em ambos.

Diante do caso apresentado e dos protocolos e diretrizes da Política Nacional de Saúde da Mulher, avalie as afirmações a seguir.

I. O encaminhamento dessa gestante ao pré-natal de alto risco é indicado, visto que a adolescente está com mais de 26 semanas de gestação, apresentando sinais de sífilis terciária ou latente (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorad**A)** e que o teste rápido de sífilis foi reagente.

II. A oferta dos testes rápidos de HIV, hepatites virais e sífilis para a gestante e o parceiro na primeira consulta de pré-natal é protocolo independentemente do histórico de uso de drogas e da multiplicidade de parceiros.

III. A mulher tratada em decorrência de sífilis durante a gestação ou no momento do parto deve ser acompanhada com VDRL no pós-parto, em intervalos trimestrais. A negativação do teste indica alta ambulatorial, o que geralmente acontece no primeiro ano.

IV. A instituição de tratamento com penicilina é dispensada, pois a gestante não está no primeiro trimestre da gestação, período em que ocorre a transmissão vertical da sífilis.

É correto apenas o que se afirma em

A) I e II.

B) I e IV.

C) II e III.

D) I, III e IV.

E) II, III e IV.

<table>
<tr><th colspan="2">GABARITO C</th></tr>
<tr><td>Professor Convidado 1</td><td>Yara Mendes Sündermann</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mini currículo
Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (2004). Graduação e Licenciatura pelo Universidade Federal da Paraíba (1997). Especialização em Assistência de Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia (2019). Atualmente é Professora Assistente IV no Curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, nas disciplinas de Saúde Coletiva, Políticas Públicas em Saúde e Saúde Materna e Perinatal.</td></tr>
<tr><td>Professor Convidado 2</td><td>Marco Aurélio De Souza</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mini currículo
Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Professor no Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio de Belo Horizonte. Professor no Curso de Graduação em Medicina pela Faculdade Atenas Sete Lagoas. Professor no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Pitágoras Barreiro e Contagem.</td></tr>
</table>

COMENTÁRIOS

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Conhecida há séculos; seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum,* subespécie *pallidum.* Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada (BRASIL, 2017).

Essa infecção sexualmente transmissível está aumentando nos últimos anos de forma global, contudo, no Brasil, durante o ano de 2018 foram detectados cerca de 158 mil casos de sífilis adquirida, o que representa 75,8 casos a cada 100 mil habitantes, mostrando o aumento das notificações em relação ao ano de 2017 onde foi identificado 59,1 casos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2019).

Os casos também aumentaram entre as gestantes e os recém-nascidos, onde o número de casos ultrapassou os 62 mil em gestantes em 2018 e entre os nascidos vivos o número foi superior a 26 mil (BRASIL, 2019).

Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido (RN). A taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% intraútero (BRASIL, 2019).

A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (maior nos estágios primário e secundário). e pelo tempo em que o feto foi exposto. Tal acometimento fetal provoca entre 30% a 50% de morte *in utero,* parto pré-termo ou morte neonatal (BRASIL, 2019).

A sífilis é dividida em estágios que orientam o tratamento e monitoramento: sífilis recente (primária, secundária e latente recent**E)**: até dois anos de evolução - caracterizada por uma úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo. Sífilis tardia (latente tardia e terciária): mais de dois anos de evolução - a inflamação causada pela sífilis nesse estágio provoca destruição tecidual, a formação de gomas sifilíticas (tumorações com tendência a liquefação). na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido (WHO, 2016).

Na gestação recomenda-se a realização do TR (teste rápido). e VDRL para sífilis de rotina na primeira consulta de pré-natal, idealmente no primeiro trimestre, no início do terceiro trimestre (28a semana) e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores, o teste rápido é oferecido para a gestante e seu parceiro. Nos casos de gestante com resultado positivo, deve-se iniciar a primeira dose de penicilina benzatina, solicitar o teste não treponêmico (VDRL). e agendar consulta médica para avaliar o resultado em sete dias e orientar a utilização de preservativos (PBH, 2019).

Devido aos riscos e possíveis consequências da sífilis, essa infecção sexualmente transmissível é de notificação compulsória em todo território nacional, sendo que para sífilis congênita isso acontece desde a publicação da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 e a notificação para a sífilis em gestantes se tornou obrigatória a partir da Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 (BRASIL, 2019).

Os profissionais devem se organizar para que o atendimento às gestantes, puérperas e seus parceiros em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, principalmente aquelas com vinculação frágil, aconteça de forma oportuna, quando demandarem escuta e atendimento, o pré-natal é uma oportunidade para a aproximação, vinculação e cuidado integral (PBH, 2019).

Para o seguimento dos pacientes, os testes não treponemicos (VDRL). devem ser realizados mensalmente nas gestantes, e, no parceiro sexual trimestralmente no primeiro ano pós tratamento e a cada seis meses no segundo ano. O sucesso do tratamento é confirmado com diminuição dos títulos (BRASIL, 2016).

Vale ressaltar que os adolescentes compõe um grupo da população que também está susceptível as infecções pela sífilis, visto que aproximadamente 25% dos casos diagnosticados entre os anos de 2005 e 2018 foram entre pessoas de 15 a 19 anos de idade, sendo observado um aumento a partir do ano de 2011 (BRASIL, 2019).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. **Boletim Epidemiológico – Sífilis 2019.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **PROTOCOLO PRÉ NATAL E PUERPÉRIO. 2ª EDIÇÃO - REVISADA E ATUALIZADA.** Belo Horizonte, 2019.

WHO (World Health Organization). **Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum (syphilis).*** Geneva: WHO, 2016.

QUESTÃO 17- COMPONENTE ESPECÍFICO

O monitoramento dos processos de esterilização de materiais é responsabilidade direta do enfermeiro que gerencia a Central de Material e Esterilização (CM**E)**, caracterizando-se como uma das principais formas de controle de qualidade nos serviços de saúde. Esses processos são realizados por meio da avaliação de parâmetros críticos que compreendem aspectos mecânicos, químicos e microbiológicos.

Considerando os métodos e indicadores utilizados no monitoramento químico (de acordo com a classificação padrão da ANSI/AAMI/ISO 11140-1). e microbiológico que garantem a qualidade do processamento de materiais reutilizáveis na unidade de CME, avalie as afirmações a seguir.

I. O monitoramento químico é realizado por indicadores e integradores químicos disponíveis em forma de tiras de papel ou outro suporte que, impregnados com tinta termocrômica, sofrem reação de termorreação em função da mudança de ambiente térmico, apresentando mudança de cor após o ciclo de esterilização.

II. O teste de Bowie & Dick, indicador químico de classe 2, possui como principal finalidade a detecção de falhas na remoção do ar na câmara interna dos esterilizadores a vapor com sistema de pré-vácuo e dos esterilizadores com sistema gravitacional permitindo o contato do vapor com os itens a serem esterilizados.

III. Os indicadores químicos de classe 6, também chamados de indicadores emuladores ou simuladores, são designados a reagir a todos os parâmetros críticos de um ciclo específico de esterilização, devendo chegar ao seu end point somente após 94% do ciclo que eles foram projetados para atingir.

IV. Os indicadores microbiológicos são caracterizados por uma preparação padronizada de esporos bacterianos projetados para produzir suspensões com 105 a 106 esporos por unidade de papel filtro. As espécies bacterianas usadas nestes indicadores diferem conforme o processo de esterilização.

V. Os indicadores de segunda geração são autocontidos, nos quais a tira ou o disco com esporos é acondicionado em uma ampola separada do meio de cultura. Após a esterilização, a ampola é quebrada e entra em contato com os esporos. Em seguida, o indicador passa por uma primeira leitura, depois de 24 horas de incubação, e por uma segunda leitura, definitiva, depois de 48 horas de incubação a temperaturas de 27 °C a 56 °C, dependendo da indicação do indicador biológico.

É correto apenas o que se afirma em

A) II e IV.

B) I, II e V.

C) I, III e V.

D) II, III e IV.

E) I, III, IV e V.

GABARITO E	
Professor Convidado 1	Ana Aparecida Savioli

Mini currículo

Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Passos (FEOPA, 1.993). Mestre em Administração Empresarial, com foco em Gestão de RH para a Saúde – Faculdade Cenecista de Varginha MG. (FACECA 2.004). Especialista em Controle de Infecção Hospitalar pela PUC Minas (2.002), Especialista em Auditoria dos Serviços de Saúde pela Universidade Oswaldo Cruz, Especialista em Gestão dos Serviços de Saúde e MBA pela Universidade Oswaldo Cruz (2.009). Especialista em Estomaterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG – 2.018). Atualmente, é Professora Assistente III da PUC Minas. http://lattes.cnp.br591834782432431

COMENTÁRIOS

A validação da esterilização dos produtos para a saúde, depende de várias etapas e processos denominados qualificação. Que vai desde a certificação do funcionamento dos equipamentos, da esterilização até a inspeção final no momento da distribuição destes produtos. Dentre estas, se encontra a validação do desempenho do equipamento esterilizante que é realizada por controles físicos, químicos e biológicos, tendo como finalidade garantir a probabilidade de sobrevivência de microrganismos (TIPPLE et al, 2011).

Para o monitoramento da esterilização deve abranger as avaliações: física, química e biológica dos processos de esterilização. O controle físico compreende o monitoramento dos parâmetros críticos de cada processo, por meio de registro manual ou por impressora interligada ao esterilizador. Para o controle químico são utilizados indicadores e integradores com diferentes apresentações no mercado. Os indicadores biológicos são caracterizados por uma preparação padronizada de esporos bacterianos (SOBECC, 2013).

Na questão 17, é afirmado que a responsabilidade do processo de esterilização dos produtos para a saúde e o monitoramento e controle da qualidade destes são de responsabilidade do profissional enfermeiro. E também afirma que esses processos são realizados por meio da avaliação de parâmetros críticos que compreendem aspectos mecânicos, químicos e biológicos. Estes aspectos de acordo com a SOBECC 2013 e a RDC 15 de 2012, que é a resolução que regulamenta o processamento de produtos para a saúde em todo o país e estabelece os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento desses materiais visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

√ A monitoração mecânica consiste no controle e registro de parâmetros de tempo, temperatura e pressão durante a esterilização e na manutenção do equipamento e dos aparelhos de registro (manômetros e termômetros).

√ Os indicadores químicos são fitas de papel impregnadas com uma tinta termocrômica que mudam de cor quando expostas à temperatura elevada por certo tempo. Elas podem apenas indicar a exposição ou não ao calor. Devem ser colocados indicadores externos nos pacotes a serem esterilizados. Essa prática indica apenas se o material passou ou não pelo processo de esterilização. Um outro teste químico utilizado é o Teste de **Bowie-Dick.** Este método testa a eficácia do sistema de vácuo na autoclave de pré-vácuo. E ainda tem o indicador de classe 6 que é considerado de simulação, ou seja, é designado reagir a todos os parâmetros críticos da esterilização.

√ O indicador biológico permite a comprovação da eficiência da esterilização, uma vez que o crescimento de microrganismos após a aplicação do processo é diretamente testado.

Portanto é correto quando se afirma no item I que os indicadores químicos sofrem reação de termorreação em função da mudança de ambiente térmico, apresentando mudança de cor após o ciclo de esterilização.

O item III também está correto pois afirma que os indicadores químicos de classe 6 são designados a reagir a todos os parâmetros críticos de um ciclo específico de esterilização, devendo chegar ao seu *end point* somente após 94% do ciclo que eles foram projetados para atingir.

O item IV também está correto, pois informa que os indicadores microbiológicos são caracterizados por uma preparação padronizada de esporos bacterianos projetados para produzir suspensões com 105 a 106 esporos por unidade de papel filtro. As espécies bacterianas usadas nestes indicadores diferem conforme o processo de esterilização.

O item V afirma que os indicadores de segunda geração são autocontidos em um do meio de cultura. Após a esterilização, a ampola é quebrada e entra em contato com os esporos. Em seguida, o indicador passa por uma primeira leitura, depois de 24 horas de incubação, e por uma segunda leitura, definitiva, depois de 48 horas de incubação a temperaturas de 27 °C a 56 °C, dependendo da indicação do indicador biológico.

Somente o item II está INCORRETO no momento que afirma que O teste de Bowie & Dick, tem como principal finalidade a detecção de falhas na remoção do ar na câmara interna dos esterilizadores a vapor com sistema de pré-vácuo e dos esterilizadores com sistema gravitacional. A finalidade do teste Bowie & Dick é detectar a presença de bolhas ou gases que impedem a penetração do agente esterilizante nas embalagens, para que a esterilização aconteça.

Portanto a resposta correta é a letra E (alternativas I, III, IV e V estão corretas).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL - **RDC ANVISA Nº15, DE 15 DE MARÇO DE 2012**

TIPPLE ; A. F. V; et al - **O monitoramento de processos físicosde esterilização em hospitais do interior do estado de Goiás.** Revista de Enfermagem da USP, 2011.

SOBECC – Sociedade Brasileira dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico e Centro de Material e Esterilização. **PRÁTICAS RECOMENDADAS,** 2013.

QUESTÃO 18- COMPONENTE ESPECÍFICO

A gravidez na adolescência é considerada problema de saúde pública a ser abordado de maneira abrangente. O diagnóstico, o manejo clínico precoce, a condução da gestação, o acompanhamento no puerpério, o estímulo à amamentação e o controle nutricional devem ser realizados por equipe multidisciplinar, pois são relevantes para a garantia do bem-estar físico, psicológico e social dessas mães adolescentes, dos parceiros, dos filhos e dos familiares.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Brasília, 2016 (adaptado).

Considerando as ações de educação sexual e reprodutiva no âmbito da Estratégia Saúde da Família, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. O enfermeiro deve orientar as adolescentes sobre métodos contraceptivos no puerpério, reforçando as orientações acerca do uso de preservativo associado a outro método contraceptivo, na seguinte ordem de escolha: DIU, hormonal oral simples, hormonal oral combinado e hormonal injetável, dependendo das particularidades.

PORQUE

II. Para o retorno seguro à atividade sexual, é importante realizar o planejamento reprodutivo por meio de ações educativas que proporcionem decisões esclarecidas e informadas acerca da postergação da próxima gravidez, que deve ocorrer dentro de um intervalo intergestacional adequado e estar de acordo com a fase de aleitamento, os projetos de vida e o atual modo de vida da adolescente e do parceiro.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

A) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

B) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

C) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

D) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

E) As asserções I e II são proposições falsas.

GABARITO C	
Professor Convidado 1	Yara Mendes Sündermann
Mini currículo Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (2004). Graduação e Licenciatura pelo Universidade Federal da Paraíba (1997). Especialização em Assistência de Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia (2019). Atualmente é Professora Assistente IV no Curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, nas disciplinas de Saúde Coletiva, Políticas Públicas em Saúde e Saúde Materna e Perinatal.	
Professor Convidado 2	Danúbia Mariane Barbosa Jardim
Mini currículo Enfermeira Obstétrica, Mestre em Saúde e Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais e Doutora em Saúde Coletiva ênfase em Ciências Humanas e Sociais em Saúde pela FIOCRUZ Minas. Atualmente é enfermeira obstétrica do Hospital Sofia Feldman, docente do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica e do curso de graduação em Enfermagem da FAMINAS-BH. Membro da Câmara Técnica de Saúde das Mulheres e membro da ABENFO seccional Minas Gerais.	

COMENTÁRIOS

A gravidez na adolescência e a anticoncepção na adolescência, são temas polêmicos nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. A gravidez na adolescência tem sido considerada situação de risco e elemento desestruturador da vida de adolescentes, assim como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade dos estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as mulheres adolescentes (BRASIL, 2013, p. 66).

Considerada como uma questão de saúde pública importante, o relatório da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). em parceira com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), revelou que a região da América Latina e Caribe possui a segunda maior taxa estimada de fertilidade em adolescentes no mundo, sendo 66,5 nascimentos por 1.000 adolescentes de 15 a 19 anos no período dos anos de 2010 a 2015, em comparação com uma taxa mundial de 46 nascimentos por 1.000 adolescentes na mesma faixa etária (OPAS, 2018).

Diferentes autores refletem que os adolescentes possuem um limitado acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva o que podem vir a repercutir em uma gestação não planejada e/ou exposição ao risco reprodutivo com vistas às infecções sexualmente transmissíveis (OPAS, 2018; OMS, 2018). Nesse cenário, o planejamento sexual e reprodutivo constitui-se como uma potente estratégia para prevenir uma gravidez indesejada ou de alto risco, permitindo que a mulher ou o casal escolha o método que lhe seja mais conveniente, desestimulando o intervalo intergestacional inferior a seis meses (PBH, 2019, p.10). sendo necessário remover as barreiras do acesso com o oferecimento de informações de qualidade e de métodos variáveis com maior satisfação, aceitação e prevalência do uso de contraceptivos (OMS, 2018).

Cabe ressaltar que a gestação na adolescência traz repercussões de ordem física, psíquica, emocinal e social que podem refletir durante décadas com influências na vida adulta. Estudos revelam que as adolescentes podem ser acomentidas por algum tipo de complicação física na gravidez a citar: anemia, infecções urinárias, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, ruptura de membranas prematura, parto prematuro e hemorragia puerperal. Em relação à saúde mental apresentaram alterações mentais, como estresse, medo, sintomas de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático e pela redefinição precoce de papeis exercidos pela maternidade (OPAS, 2018; VEIRA et al, 2017).

A promoção da educação em saúde no contexto reprodutivo deve oportunizar momentos de aconselhamento que sejam inclusivos aos adolescentes, fortalecendo-os como sujeitos de direitos e possibilitando a construção de conhecimentos necessários para a tomada de decisão acerca da anticoncepção bem como o planejamento conceptivo.

Assim, o aconselhamento sexual e reprodutivo deve ser incorporado no cotidiano das consultas médicas e de enfermagem, durante as visitas domiciliares, nas consultas de puericultura, puerpério e nos momentos de vacinação, assim como a realização de atividades educativas em parcerias com as escolas (PBH, 2019, p. 08). É fundamental aproveitarmos todas as oportunidades de encontro com a puérpera para a promoção não somente do planejamento reprodutivo, mas da educação sexual integral no contexto da adolescência.

O planejamento reprodutivo de qualidade é essencial a promoção do bem-estar e a autonomia das mulheres, de suas famílias e comunidades. As recomendações para as ações perpassam pela: capacidade de escolher entre uma ampla variedade de métodos anticoncepcionais disponíveis; oferta de informações baseadas em evidências sobre eficácia, riscos e benefícios dos diferentes tipos de métodos; a presença de profissionais de saúde tecnicamente competentes e treinados sobre o manejo adequado de cada método; o estabelecimento de relacionamentos entre profissionais de saúde e usuários com base no respeito pelas escolhas informada, a garantia de privacidade e de confidencialidade (OMS, 2018).

Os serviços de saúde devem oferecer ações educativas individuais, ao casal e em grupo, e acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, garantindo direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2013, p. 60).

É notória a necessidade de ampliar a informação e o acesso das mulheres a métodos contraceptivos, a fim de disponibilizar escolha informada de uma opção que melhor se adapte a cada perfil (OMS, 2007; OMS, 2018).

Ao se avaliar um método contraceptivo no pós-parto, devemos levar em consideração a singularidade desse período (tempo pós-parto, amamentação, retorno da menstruação. É importante lembrar que a escolha do método contraceptivo deve ser sempre personalizada para cada puérpera (PBH, 2019, p. 99). e no contexto da saúde dos adolescentes deve-se considerar as particularidades hormonais e fisiológicas específicas a essa fase da vida.

Desse modo, a educação e orientação adequada, tanto antes como na hora da seleção do método adequado, o que pode ajudar a população adolescente a satisfazer suas necessidades específicas e para a tomada de decisões informada e de maneira voluntária (OMS, 2018, p. 24).

Mediante o arcabouço dos textos apresentado e sustentado nos pressupostos revelados pelas evidências científicas endossamos que as asserções apresentadas na questão são verdadeiras. Sendo a segunda uma justificativa para a primeira por apresentar o planejamento reprodutivo com uma possibilidade concreta de qualificação das decisões que envolvem a anticoncepção bem como a demais condutas para preparação do adolescente para sua vida reprodutiva.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

FINOTTI, Marta. Manual de anticoncepção. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015. ISBN: 978-85-64319-24-0

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Departamento De Saúde Reprodutiva e Pesquisa (SRP). da e Escola Bloomberg de Saúde Pública/Centro de Programas de Comunicação (CP**C)** da Universidade Johns Hopkins, Projeto INFO. Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde. Baltimore e Genebra: CPC e OMS, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de Consulta Técnica. OPAS, 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. 3 ed. 2018.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO PRÉ NATAL E PUERPÉRIO. 2ª EDIÇÃO - REVISADA E ATUALIZADA. Belo Horizonte, 2019.

VIEIRA, E. M. et al. Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. Rev Saúde Pública. 51:25, 2017.

QUESTÃO 19- COMPONENTE ESPECÍFICO

As Redes de Atenção à Saúde (RASs). no Sistema Único de Saúde (SUS). propõem a organização de serviços de saúde de maneira a priorizar a regionalização e ampliar o acesso. A Atenção Primária à Saúde é coordenadora dessas redes, voltando-se para uma população adscrita, propondo sua participação na governança da Rede e corresponsabilizando o sujeito pela própria saúde, aproximando-o das noções de participação popular e controle social.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 (adaptado).

Considerando o papel do controle social nas de RASs, assinale a opção correta.

A) O controle social nas RASs deve ser garantido exclusivamente por meio da participação dos cidadãos na avaliação dos serviços que compõem as RASs, na pactuação destes serviços na região de saúde e na gestão do cuidado.

B) O controle social nas RASs deve ser garantido exclusivamente por meio da participação dos cidadãos nas ações que envolvem o cuidado direto dos indivíduos, considerando sua autonomia e protagonismo no processo de assistência.

C) O controle social nas RASs deve ser garantido exclusivamente por meio da participação dos cidadãos na avaliação da Atenção Primária à Saúde que coordena e orienta as RASs.

D) O controle social nas RASs deve ser garantido exclusivamente por meio da participação dos cidadãos na avaliação da Atenção Primária à Saúde durante o ano e na realização da Conferência de Saúde.

E) O controle social nas RASs deve ser garantido por meio da participação dos cidadãos na realização das Conferências de Saúde a cada dois anos, único dispositivo de avaliação e controle, considerando a produção da Rede.

GABARITO A	
Professor Convidado 1	Erika Oliveira Santos
Mini currículo Mestranda Tecnologia e inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem pela USP Ribeirão Preto; Atuou como Coordenadora Estadual da Urgência e emergência de Minas Gerais, enfermeira do SAMU de Belo Horizonte . Na formação de base é graduada pela Faculdade da Saúde e Ecologia humana, Coach integral sistêmico pela Federação Brasileira em Coaching integral sistêmico, pós graduada pela UFMG em Oncologia, pos graduada em Trauma e terapia intensiva e Qualidade e Acreditação em serviços de Saúde, MBA executivo em saúde pela Fundação Getúlio Vargas, atuou como membro da Diretoria Assistencial FHEMIG na Coordenação e implantação dos Núcleos de gestão do Risco nesta rede e vice-presidente fundadora do polo Belo Horizonte da Rede Brasileira de Enfermagem na Segurança do Paciente. No Conselho Regional de enfermagem exerceu por mais de cinco anos as atividades de referência técnica estadual na área de segurança do paciente e atualmente é Conselheira COREN MG.	
Professor Convidado 2	Gisele Fráguas

Mini currículo
Enfermagem e Licenciatura pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2001). Especialista em Auditoria dos Serviços de Saúde e Enfermagem em Nefrologia.Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (2007). Atualmente, é professora da PUC Minas e enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.Tem experiência na área de Enfermagem em Educação, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, família, nefropatia diabética, gerência, hemodiálise e educação.

COMENTÁRIOS

Em uma análise ampliada, nas últimas décadas, sobre a democratização das políticas de saúde e o impacto da presença deliberativa, e cada vez mais independente, do controle social nesta realidade, temos que, a participação da sociedade no setor Saúde encontra-se em um intenso, complexo e progressivo processo de mudança, culminando na estruturação de um sistema de controle social em notável evidência com ações e diretivas mais qualificadas, de amplo espectro deliberativo e representativo.

Cabe ressaltar que esta participação da sociedade na gestão do sistema de saúde, foi garantida através da Constituição de 1998 que em seu artigo 198 determina a participação da comunidade como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A lei 8142 de 1990 veio regulamentar essa participação, sendo esta ampliada, democratizada e nomeada como "Controle Social". Desde então a sociedade começou a participar de maneira mais efetiva na gestão do sistema de saúde, invertendo uma lógica, até então dominante, na qual o controle social era realizado, somente, por gestores públicos.

Assim ao analisar as afirmativas da questão temos na opção "B", "C" a diretiva de atuação do controle social descrita nas RASs garantida exclusivamente por meio da participação dos cidadãos tanto nas ações que envolvem o cuidado direto dos indivíduos quanto na avaliação da Atenção Primária à Saúde. Na assertiva B a palavra "exclusivamente" associada ao cuidado direto, que não faz parte do escopo de ações do controle social invalidam a resposta. Em relação à assertiva C a palavra "exclusivamente" associada à avaliação da Atenção Primária invalida a resposta, uma vez que a APS é a ordenadora das RAS, mais não deve ser a única a ser avaliada. O controle social deve ser exercido em sua magnitude, levando em consideração o aspecto associativo e decisório nas ações de gestão em todas suas faces de pactuação e efetivação na assistência à saúde da população.

O Marco legal a ser considerado dentre outros repousa na criação dos Conselhos de Saúde que concretizou de maneira efetiva a participação da comunidade na gestão do SUS na medida em que novas regulamentações foram sendo aprovadas e implementadas, como, por exemplo, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS). n° 333 de 2003 que garante a Paridade na formação dos Conselhos de Saúde. A Paridade garante que na formação dos Conselheiros 50% destes devem ser de usuários do SUS indicados por entidades e movimentos sociais, ou seja, igual ao número de conselheiros que representam os Prestadores de Serviço (25%). e os Profissionais de Saúde (25%). Nesse contexto, uma das funções dos Conselhos de Saúde é fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, além de encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

Igualmente, ao se analisar as afirmativas "D" e "E", que descrevem a atuação do controle social exclusivamente sob participação dos cidadãos na avaliação da Atenção Primária à Saúde ou na realização das Conferências de Saúde, a cada dois anos, único dispositivo de avaliação e controle descrito na questão, cabem novamente requisitos básicos complementares que poderiam elucidar de maneira objetiva e abrangente a atuação do controle social. Os conselhos locais de saúde podem exercitar democraticamente o controle social e melhorar a qualidade da atenção à saúde em conjunto com o arcabouço que sustenta o controle social no Brasil, definindo diretrizes para elaboração dos planos de saúde, avaliando a organização e funcionamento do SUS, deliberando sobre os programas de saúde e aprovando projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, além de examinar propostas e denúncias de irregularidades.

O Brasil é um país federativo e esta característica conferida, traz em seu bojo o modelo institucional de organização do SUS que garante a atuação das três esferas na gestão do SUS, sendo eles: o poder municipal, o estadual e o federal. Os entes federados, entre si, diretamente ou através da mediação de instituições de gestão compartilhada e de controle social, atuam de maneira decisiva nos processos assistenciais que devem considerar a lógica de regionalização em suas diversificadas regiões ampliadas de saúde.

Essas regiões de saúde devem organizar os fluxos e necessidades assistenciais, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. A organização das regiões de saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.

Deste modo e em caráter conclusivo, temos a opção "A" que aborda de maneira abrangente a atuação do controle social sob o aspecto organizacional, avaliativo e participativo, considerando o arcabouço organizacional e gestor do SUS e políticas públicas relacionadas. Nesse contexto, o controle social pode ser definido como "a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado na definição de prioridades e na elaboração dos planos para a saúde do município, estado ou governo federal. Sendo assim, o controle social de maneira objetiva e não reducionista precisa ser entendido como uma forma de distribuição do poder de decisãosobre as políticas públicas entre o Estado e a sociedade, considerando as responsabilidades

de cada ente envolvido.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasil: Ministério da Saúde,2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF). e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 jan. 2011. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 20 set 1990: Seção 1:018055

CECILIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CUNHA, S. S. O Controle Social e seus Instrumentos. Salvador, 2003. Disponível em: http://socialiris.org/imagem/boletim/arq493428c8bc3db.pdf. Acesso em: 26 dezembro 2019.

MARTINS, P.C; COTTA, R.M.M; MENDES, F et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. Physis. 2008;18(1):105-121.
MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte (MG): Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana em Saúde; 2011.

QUESTÃO 20- COMPONENTE ESPECÍFICO

A enfermeira gestora de uma unidade de clínica médica tem enfrentado a seguinte situação com a equipe de enfermagem: um enfermeiro assistencial não tem cumprido as regras institucionais, apresentando faltas injustificadas e constantes atrasos no plantão. Esse fato levou a outra enfermeira assistencial a ter que assumir as obrigações do colega, o que gerou um conflito nas relações de trabalho, com trocas de falas agressivas, além de reclamações de outros profissionais. Acrescenta-se ao caso o fato do enfermeiro assistencial ser parente da enfermeira gestora. Diante das circunstâncias, cabe à enfermeira gestora mediar esse conflito.

Com base nessa situação, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. A enfermeira gestora deve alertar a equipe sobre os prejuízos que podem resultar da pluralidade de ideias para que não haja descompromisso com os objetivos do trabalho da equipe.

PORQUE

II. A resolução de conflitos no cotidiano das organizações requer uma condução imparcial, flexível, confidencial e participativa, de forma que as mudanças de atitude sejam efetivas na prática.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

A) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da **I.**

B) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

C) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

D) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

E) As asserções I e II são proposições falsas.

GABARITO D	
Professor Convidado 1	Eder Júlio Rocha de Almeida
Mini currículo Enfermeiro pelo Centro Universitário de Belo Horizonte-UNIBH, mestrando em tecnologia da informação aplicado a saúde, especialista em urgência e emergência, segurança do paciente e qualidade, Docente do curso bacharel em enfermagem pela Universidade Vale do Rio Verde, Docente de Pós graduação no Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, Coordenador do curso de enfermagem no Colégio Juscelino Kubistchek, Analista de Saúde na PROMED.	
Professor Convidado 2	Maria do Socorro Pacheco Pena

Mini currículo
Enfermeira pela PUC-MG. Mestre em Educação pela PUC-MG. Especialista em Administração Hospitalar pela São Camilo. Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela UNIVERSO-BH. Coordenadora e docente do Curso de Enfermagem da UNIVERSO-BH.

COMENTÁRIOS

Trata-se de questão que contextualiza a Gestão de Conflito pelo enfermeiro gestor.Aborda em seu enunciado as seguintes situações:

1. O enfermeiro assistencial não tem cumprido as regras institucionais, apresentando faltas injustificadas e constantes atrasos no plantão.
2. Esse fato levou a outra enfermeira assistencial a ter que assumir as obrigações do colega, o que gerou um conflito nas relações de trabalho, com trocas de falas agressivas, além de reclamações de outros profissionais.
3. O enfermeiro assistencial ser parente da gestora.

A partir desses fatos supracitados, são apresentadas duas asserções para análise e a relação proposta que passaremos a refletir. Inicialmente faremos a análise de cada asserção identificando a veracidade das mesmas para em seguida identificar se existe uma justificativa entre as duas.

I. A enfermeira gestora deve alertar a equipe sobre os prejuízos que podem resultar da pluralidade de ideias para que não haja descompromisso com os objetivos do trabalho da equipe. (Asserção falsa)

Justificativa:

Segundo Draganov et al (2018), O enfermeiro, além de seus conhecimentos científicos, deve saber lidar com as pessoas e suas diferenças, utilizando o conflito de forma positiva, manejando a favor do crescimento e do amadurecimento da equipe. Também deve ter a visão holística acerca de sua equipe, ser imparcial e flexível, saber reconhecer as qualidades de seus colaboradores, respeitando suas crenças e visões diferentes e adaptando-se às normas institucionais

Para Bressan (2019), ao líder compete a capacidade de inspirar e dar suporte necessário para diferentes gerações de colaboradores , em um mundo complexo e dinâmico, para que estes entreguem suas competências pessoais diferenciadas em prol dos objetivos organizacionais.

II. A resolução de conflitos no cotidiano das organizações requer uma condução imparcial, flexível, confidencial e participativa, de forma que as mudanças de atitude sejam efetivas na prática. (Asserção verdadeira)

Justificativa:

Segundo Draganov et al (2018), O mediador de conflito deve ser imparcial, flexível, mantendo a confidencialidade a fim de ser efetivo nessas situações. Bahia& Godinho (2019). sustentam que o enfermeiro como líder da equipe deve ter um bom relacionamento com todos os componentes, transparência nas suas ações e flexibilidade, utilizando seu conhecimento técnico para gerar confiança na equipe e respeito mútuo, equilibrando com bom senso o desempenho dos membros dessa equipe. Além disso, são necessárias algumas habilidades como: credibilidade, integridade, responsabilidade, imparcialidade, visão ampliada do ambiente de trabalho e da situação, respeito, honestidade, saber ouvir e ser flexível para gerenciar os conflitos sem gerar ansiedades e desconforto.

Para Nogueira(2019). deve-se considerar as C.H.A.V.E.S. para o sucesso da Soft Skill resolução de conflitos, perpassam por algumas características, a saber:

1. Conhecimentos sobre teoria de grupos,processos comunicacionais,análise e diagnóstico organizacional,negociação e mediação.
2. Habilidades para negociar e intervir,capacidade de assertividade e colaboração,capacidade de comunicação,argumentação e escuta,capacidade de escuta ativa e capacidade de equilibrar emoções.
3. Atitudes:empatia, posicionamento, flexibilidade, resolutividade, resiliência, transigência e sensibilidade.
4. Valores:imparcialidade,justiça,equidade e conduta ética.
5. Análise do entorno:conhecer os colaboradores,estilo de liderança,modo como a empresa se comunica,histórico de conflitos e modalidades de negociação.
6. Situações/Evidências: participação ativa,contributiva e colaborativa nos diálogos envolvendo soluções que demandam opiniões divergentes,clareza para se expressar de modo verbal e não verbal,respeito e amabilidade no trato interpessoal,argumentação plausível com permissão para soluções,escuta empática, troca de informação com outras áreas

Após análise das asserções, conclui-se que a I é falsa e a segunda é verdadeira, porém não se justificam entre s**I.**

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Draganov;Patricia Bove et al.Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. Rev. Adm. Saúde - Vol. 18, Nº 73, out. – dez. 2018

Bahia; Maria Tereza Ramos.Godinho; Marluce Rodrigue. Faculdade de Enfermagem - Departamento de Enfermagem Básica Disciplina: Administração da Assistência de Enfermagem **II.** AAEnfsem2/2019.

Nogueira;Milton Marinho Junior.Resolução de Conflitos:CHAVES e Elementos Contributivos a uma Soft Skill de Mediação.In BRESSAN,Cyndia(org).Liderança com Base nas Soft Skills.1ed.São Paulo:Leader,2019.

Bressan;Cyndia Laura. Gestão Estratégica das Pessoas.In BRESSAN, Cyndia(org).Liderança com Base nas Soft Skills.1ed.São Paulo:Leader,2019.

QUESTÃO 21- COMPONENTE ESPECÍFICO

A Norma Regulamentadora NR 17 trata especificamente da ergonomia e objetiva estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho com fito de favorecer a saúde do trabalhador. Os riscos ergonômicos, tais como trabalho em pé por longos períodos e sem descanso, levantamento de sobrecarga de peso e esforços repetitivos podem acarretar diversas doenças ocupacionais. Assim, os parâmetros estabelecidos na NR 17 visam ao conforto e ao aumento do desempenho dos trabalhadores, evitando lesões/ doenças decorrentes do trabalho.

Em relação à NR 17, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. Para os trabalhadores que desenvolvem atividades em pé por longos períodos deve ser permitida a saída do setor por 30 minutos para descanso e disponibilizados assentos para utilização nos períodos de intervalo.

PORQUE

II. Avaliar as condições laborais que envolvem o transporte e a descarga de materiais, mobiliário e equipamentos, bem como a própria organização do trabalho, possibilita implementar ações promotoras de conforto, segurança e desempenho eficiente do trabalho.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

A) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

B) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

C) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

D) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

E) As asserções I e II são proposições falsas.

GABARITO D	
Professor Convidado 1	Mariane da Costa Moura
Mini currículo Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MINAS). Pós graduada em Educação em Saúde (UFMG - 2019). MBA em Auditoria e Gestão da Qualidade (UNA- 2018). Professora na Escola Técnica de Enfermagem Santa Rita. Enfermeira de Apoio na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Membro do Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre Quotidiano em Saúde (NUPEQS). Contribuição na publicação de 5 livros.	

COMENTÁRIOS

No Brasil, as Normas Regulamentadoras (NRs). foram instituídas por meio da Portaria 3214 de 8 de junho de 1978, sendo fontes de regulamentação, fornecendo informações e procedimento obrigatórios no tocante da Segurança e Medicina do Trabalho, ferramenta principal dos profissionais da área (BRASIL, 1978).

A Norma Regulamentadora (NR). 17, cujo título é Ergonomia, busca a promoção de um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente, através do estabelecimento de parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores (BRASIL, 1990).

"As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho (BRASIL, 1990)."

A NR 17 orienta que o posto de trabalho deve ser planejado ou adaptado para as situações em que o trabalho possa ser executado na posição sentada. Mas, nas situações em que trabalhos devam ser realizados de pé, devem ser colocados assentos para descanso em locais em que possam ser utilizados por todos os trabalhadores durante os intervalos. Não há uma alínea na NR17 que especifique a saída do trabalhador por 30 minutos para descanso, tornado a asserção I uma proposição falsa

No entanto, a asserção II é uma proposição verdadeira, pois, conforto, segurança e eficiência são os três pilares da ergonomia, tema da NR 17. As condições laborais, conforme a norma, referem-se à organização do trabalho, assim como os equipamentos e mobiliários que são utilizados pelo trabalhador. A norma estabelece, além de condições de trabalho, a prevenção de possíveis problemas de saúde oriundos de uma postura inadequada, com equipamentos que não oferecem conforto e segurança.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. **Portaria nº 3214 de 08 de junho de 1978.** Aprova as Normas Regulamentadoras do Ministério de Estado do Trabalho, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no art. 200, da Consolidação das Leis do Trabalho, com redação dada pela Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Brasília, 1978. Disponível em: < http://www.jacoby.pro.br/diversos/nr_16_perigosas.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 17,** 1990. Ergonomia. Disponível em: < https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-17.pdf >. Acesso em: 26 dez. 2019.

QUESTÃO 22- COMPONENTE ESPECÍFICO

Uma mulher de 89 anos de idade, internada há 10 dias em uma unidade de clínica médica e em uso de múltiplos medicamentos prescritos, caiu do leito na noite passada. Segundo relato da equipe, a idosa apresentava-se desorientada, e a queda ocorreu quando ela tentou levantar-se. Após realizado raio X, foi constatada fratura do fêmur direito. No momento, a paciente está com tração esquelética, aguardando cirurgia. O membro inferior direito permanece aquecido, com boa perfusão periférica.

Considerando o caso descrito e o protocolo de prevenção de quedas do Ministério da Saúde de 2013, avalie as afirmações a seguir.

I. Os principais fatores de risco para quedas, relacionados aos indivíduos, no ambiente hospitalar apresentados no caso acima são: idade avançada, história recente de queda, redução da mobilidade, uso de medicamentos e hipotensão postural.

II. Entre as intervenções com multicomponentes para prevenção de quedas estão: avaliação do risco de queda por meio da identificação do paciente com risco por meio da sinalização à beira do leito ou de pulseira; revisão periódica da medicação; atenção aos calçados utilizados; educação em saúde do paciente e dos profissionais; revisão da ocorrência de quedas para identificação de suas possíveis causas.

III. O indivíduo acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco é considerado um paciente com baixo risco de quedas.

IV. A adoção de medidas gerais de prevenção de quedas em ambiente hospitalar deve estar voltada para os indivíduos fisicamente debilitados.

É correto apenas o que se afirma em

A) I e II.

B) II e III

C) III e IV.

D) I, II e IV.

E) I, III e IV.

GABARITO B	
Professor Convidado 1	Bárbara Cristina Dias Giaquinto
Mini currículo Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG – linha de pesquisa Cuidar em Saúde e Enfermagem. Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Gama Filho/Fundação Unimed. Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.	

Docente de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Newton Paiva. Membro da Rede Brasileira de Enfermagem em Segurança do Paciente (REBRAENSP/ Núcleo BH). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisa de Enfermagem em Urgência e Emergência – NEPEU/CNPq.	
Professor Convidado 2	Aneilde Maria Ribeiro de Brito
Mini currículo Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG , Especialista em MBA em Gestão de Pessoas pela Faculdade de Estudos Administrativos de Minas Gerais (FEAD) Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) Especialista em Sistematização da Assistência de Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG . Atualmente é professora e coordenadora dos cursos de graduação em Biomedicina, Enfermagem, Farmácia e Psicologia do Centro universitário de Belo Horizonte, Uni BH. Membro do Colegiado e do Núcleo Docente Estruturante dos cursos . Professora de programas de pós graduação Lato Sensu da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, na Reanimação-Educação em Emergência (Belo Horizonte) . Membro da Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG). como referência em Educação.	

COMENTÁRIOS

A queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, ou seja, quando a pessoa encontra se no chão ou que necessitou de amparo durante um deslocamento, mesmo que ainda não esteja no solo (BRASIL, 2013). Este evento adverso constitui um grande problema de segurança e qualidade da assistência em saúde (MARINHO et al., 2017).

Para o paciente, a queda resulta em alterações físicas (abrasão e lesões de pele distensão, lacerações, contusões, fraturas, perda da consciência), psicológicas (medo de cair novamente, estresse emocional), socioeconômicas (maior tempo de internação), retirada não programada de artefatos terapêuticos como cateteres vasculares, drenos e sondas, piora do quadro clínico e até mesmo a morte (COSTA et al., 2011).

A maioria das quedas é de etiologia multifatorial e os fatores de risco são categorizados em extrínsecos e intrínsecos (NETO et al., 2015). Dentre os fatores intrínsecos estão: idade avançada (acima de 65 anos), histórico recente de quedas, alterações visuais, de audição, de marcha, da mobilidade; alterações patológicas como cardiorrespiratórias, metabólicas e neurológicas; redução de reflexos, de flexibilidade e de reflexibilidade de barorreceptores e efeitos de medicamentos em uso (BRASIL, 2013; GANS et al., 2013; NETO et al., 2015; SAKAI et al., 2016; CASTELLINI et al., 2017).

É notorio que a internação na atenção terciária amplia o risco para quedas, pois ambientes não familiares somados a fatores intrínsecos apresentados por pacientes e as intervenções terapêuticas potencializam esse risco (BRASIL, 2013). Portanto é necessário que toda a equipe de saúde reconheça os fatores que intensificam a ocorrência de quedas bem como identificar os pacientes com maior risco (ABREU et al., 2012).

Segundo o Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), dentre as intervenções com multicomponentes que ensejam ser efetivas na prevenção deste evento adverso estão a avaliação do risco de quedas pelos profissionais de saúde; a identificação do paciente com risco através do uso de pulseiras ou alertas à beira leito; a revisão regular das medicações em uso pelo paciente; a educação dos pacientes e familiares; a atenção aos calçados utilizados pelos pacientes; a gestão dos cuidados de higiene pessoal e a análise da causa raíz das ocorrências de quedas.

O documento do Ministério da Saúde elucida os perfis de pacientes que apresentam alto, médio e baixo risco de queda. No caso, pessoa acamada, restrita ao leito, dependente do auxílio de terceiros, com ou sem presença de fatores de risco é considerado um paciente com baixo risco para queda (BRASIL, 2013).

Outro ponto adscrito no documento ministerial é quanto as medidas gerais para a prevenção de quedas. Segundo Brasil (2013), é atribuição de toda e qualquer unidade de saúde a adoção de medidas a todos os pacientes ali alocados, independente dos riscos que apresentam. Sakai et al. (2016), Urbanetto et al. (2016). completam que a adoção de instrumentos que permitam uma avaliação dos fatores de risco para quedas é o passo inicial para identificação do paciente com potencial a cair para o estabelecimento de estrategias de prevenção de quedas.

Considerando o referencial teórico elucidado pelo enunciado da questão bem como outras referências literárias, certifica se de que somente a afirmação “IV” está incorreta e que as alternativas “I”, “II” e “III” estão corretas. Não há na questão alternativa que aponta este contexto.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ABREU, C. et al. Quedas em meio hospitalar: um estudo longitudinal. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, p.3 (7 telas), maI./jun., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a23v20n3.pdf. Acesso em: 15 de dezembro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de prevenção de quedas.** Brasília; 2013. Disponível em: www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas. Acesso em: 15 dezembro 2019.

CASTELLINI, G. et al. Fall prevention: in the stratify tool the right instrument in Italian hospital inpatient? A retrospective observational study. **BMC Health Service Research**, v. 17, p. 3-7, 2017. DOI: https://doI.org/10.1186/s12913-017-2583-7. Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2583-7. Acesso em: 15 dezembro 2019.

COSTA, A.G.S. et al. Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 395-404, 2011. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/pdf/v13n3a04.pdf. Acesso em 15 dezembro 2019.

GANS, D. et al. Preventing falls in the hospitals: a toolkit for improving quality of care. Rockville: Agency for healthcare research and quality, 2013, 222p.
MARINHO , R. C. et al. Estrategias para promover a segurança. In: VIANA, R. A. P. P; TORRE, M. **Enfermagem em terapia intensiva:** práticas integrativas. São Paulo: editora Manole, 2017, p. 94-115.

NETO, C.J.B.F. et al. Avaliação dos riscos de queda de pacientes em uso de medicamentos prescritos em hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasilia, v. 68, n. 2, p. 305-10, 2015. DOI: http://dx.doI.org/10.1590/0034-7167.2015680217I. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200305&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dezembro 2019.

SAKAI, A. M. et al. Risco de queda do leito de pacientes adultos e medidas de prevenção. **Revista Enfermagem UFPE,** Recife, v. 10, supl. 6, p. 4720-6, 2016. DOI: http:// 0.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201602. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/. Acesso em: 15 dezembro 2019.

URBANETTO, J.S. et al. Análise da capacidade de predição de risco e validade da Morse Fall Scale versão brasileira. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, n. 37, 2016. DOI: http://dx.doI.org/10.1590/1983-1447.2016.04.62200. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400414&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 junho 2019.

QUESTÃO 23- COMPONENTE ESPECÍFICO

A educação permanente em saúde precisa ser compreendida tanto quanto prática de ensino-aprendizagem quanto política de educação em saúde. Assim, a educação permanente como educação transformadora deve basear-se no intercâmbio de saberes e experiências e buscar implementar as mudanças possíveis ou necessárias em cada realidade específica.

CECCIM; R. B; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. Dicionário de Educação Profissional em Saúde.

Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009 (adaptado).

Considerando as informações acerca da educação permanente em saúde, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. A educação permanente em saúde é considerada eficiente quando realizada por meio de metodologias problematizadoras que permitam o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa e transformadora.

PORQUE

II. O uso de metodologias ativas no processo formativo valoriza os conhecimentos apresentados pelos trabalhadores, possibilitando a assimilação de informações mais atualizadas.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

A) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

B) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

C) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II uma proposição falsa.

D) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

E) As asserções I e II são proposições falsas.

GABARITO C	
Professor Convidado 1	Juliana Mara Felisberto
Mini currículo Enfermeira e Mestre em enfermagem pela UFMG. Professora Assistente IV da Pontifícia Universidade Católica (PUC Minas). Servidora pública da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) atuando como Referência Técnica na Assessoria de Educação em Saúde. Tutora da Enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde da PBH.	
Professor Convidado 2	Mariane da Costa Moura

Mini currículo
Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MINAS). Pós graduada em Educação em Saúde (UFMG - 2019). MBA em Auditoria e Gestão da Qualidade (UNA- 2018). Professora na Escola Técnica de Enfermagem Santa Rita. Enfermeira de Apoio na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Membro do Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre Quotidiano em Saúde (NUPEQS). Contribuição na publicação de 5 livros.

COMENTÁRIOS

A Educação Permanente é compreendida pela Política Nacional de Educação Permanente na Saúde, como a aprendizagem no trabalho, trata-se de uma aprendizagem sobre o cotidiano das organizações e se fundamenta na possibilidade de transformar as práticas profissionais. (BRASIL, 2007).

É uma prática de ensino-aprendizagem que busca a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos. Os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho e as experiências desses atores são à base de interrogação e mudança.

A asserção I é verdadeira, pois refere a educação permanente em saúde como um "ensino problematizador" e de "aprendizagem significativa" em que não existe a superioridade do educador em relação ao educando e o processo educacional está inserido de maneira crítica na realidade vivenciada pelos atores do processo (BRASIL, 2004).

Uma possível estratégia para a educação permanente em saúde refere-se as Metodologias Ativas de ensino, nas quais o aluno é o protagonista central, ou seja, corresponsável pela sua trajetória educacional e o professor apresenta-se como coadjuvante, um facilitador das experiências relacionadas ao processo de aprendizagem (PRADO, 2012).

Neste contexto os processos educacionais devem pressupor um estudante autônomo, que autogerencie e autogoverne seu processo formativo. Sendo assim, essas metodologias utilizam-se da problematização como metodologia de ensino-aprendizagem, com a meta de alcançar e motivar o estudante mediante ao problema apresentado dentro do cenário educacional, relacionando sua história e passando a ressignificar as suas descobertas (MACHADO, 2017).

A partir das situações do cotidiano o grupo traz a possibilidade de uma reflexão crítica e aprendizagem coletiva, da equipe de trabalho, pensando nas soluções dos seus problemas reais do cotidiano (STROSCHEIN e ZOCCHE, 2011).

A problematização implica corresponsabilidade entre os atores em todas as etapas do processo de ensino-aprendizagem, valorizando o saber do educador e do educando (Saupe, Cutolo e Sandri, 2008).

As metodologias ativas ensinam o indivíduo a problematizar, aprender individualmente e em grupo, encontrar soluções para problemas, elencar metas e valorizar a sua realidade (BARBOSA; MOURA, 2013; MELO; SANT'ANA, 2013).

A aprendizagem ativa, conforme Barbosa; Moura (2013). ocorre quando:

> [...] o aluno interage com o assunto em estudo –ouvindo, falando perguntando, discutindo, fazendo e ensinando –sendo estimulado a construir o conhecimento ao invés de recebê-lo de forma passiva do professor. Em ambiente de aprendizagem ativa, o professor atua como orientador, supervisor, facilitador do processo de aprendizagem, e não apenas como fonte única de informação e conhecimento. (BARBOSA;MOURA, 2013, p. 55).

Sendo assim, a asserção II apresenta-se falsa, pois o uso de metodologias ativas no processo formativo valoriza os conhecimentos apresentados pelos trabalhadores, mas também dos educadores. Neste sentido trata-se de uma metodologia que propõe a construção do conhecimento coletivamente, em que o aprender e o ensinar devem integrar a prática diária do profissional, pois os atores podem identificar as situações problemáticas e possivelmente se tornam mais engajados na situação.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BARBOSA, E. F; MOURA, D. G. De. Metodologias Ativas de Aprendizagem na Educação Profissional e Tecnológica. B. Tec. Senac, Rio de Janeiro, v. 39, no2, p. 48–67, 2013

Brasil. Portaria nº. 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 15 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1 996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: MS; 2007. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 26 dez. 2019.

Machado, A. B. et al. Práticas inovadoras em metodologias ativas /. — Florianópolis: Contexto Digital, 2017. 174 p.

MELO, B; SANT'ANA, G. A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. Com. Ciências Saúde, São Paulo, v. 23, no4, p. 327–339, 2013.

PRADO, M. L. El Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery,** Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 172-177, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100023&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Dec. 2019. http://dx.doI.org/10.1590/S1414-81452012000100023.).

SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luiz Roberto Agea; SANDRI, Juliana Vieira de Araújo. Construção de descritores para o processo de Educação Permanente. *Trabalho, Educação e Saúde,* Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 433-452, nov. 2007/fev. 2008.

STROSCHEIN, Karina Amadori; ZOCCHE, Denise Antunes Azambuja. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. Trab. educ. saúde (Onlin**E)**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p. 505-519, nov. 2011 . Disponível em . acessos em 26 abr. 2015. http://dx.doI.org/10.1590/S1981-77462011000300009.

QUESTÃO 24- COMPONENTE ESPECÍFICO

Durante a reunião de equipe de uma Unidade de Saúde da Família, com a presença de dois profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), a Agente Comunitária de Saúde (ACS). apresentou o caso de um adolescente de 15 anos de idade que havia deixado de frequentar a escola e estava pedindo dinheiro no semáforo para, segundo ele, alimentar a família. De acordo com o relato da ACS, o adolescente tinha quatro irmãos mais novos e a mãe, usuária de *crack* e álcool, estava desempregada. Além disso, o pai dele encontrava-se encarcerado.

Considerando a proposta de construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). para o caso apresentado, assinale a opção correta.

A) A reavaliação deve ser realizada mensalmente com todos os integrantes da equipe e, a cada dois meses, com a participação da mãe do adolescente.

B) A definição de metas prevê as ações que serão desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde sem a presença do adolescente.

C) O acompanhamento dessa família deverá ser realizado pelo serviço de saúde mental, pois tal acompanhamento extrapola as competências das equipes de Saúde da Família e do NASF.

D) O diagnóstico situacional deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite chegar a uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do adolescente.

E) A divisão de responsabilidade deve estar prevista no genograma e no ecomapa da família, sendo negociadas com o sujeito e pelo membro da equipe que assumir a gerência da unidade.

<table>
<tr><th colspan="2">GABARITO D</th></tr>
<tr><td>Professor Convidado 1</td><td>Miriam de Oliveira Alves Ribeiro</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mini currículo
Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL, 1998). Mestre em Educação Cultura e Organizações Sociais - linha de pesquisa: Saúde Coletiva. Atualmente é Coordenadora do curso de Enfermagem e professorado núcleo de Biociências e Supervisora da Sala de Cuidados do Centro Universitário Metodista Isabela Hendrix.</td></tr>
<tr><td>Professor Convidado 2</td><td>Mariane da Costa Moura</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mini currículo
Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MINAS). Pós graduada em Educação em Saúde (UFMG - 2019). MBA em Auditoria e Gestão da Qualidade (UNA- 2018). Professora na Escola Técnica de Enfermagem Santa Rita. Enfermeira de Apoio na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Membro do Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre Quotidiano em Saúde (NUPEQS). Contribuição na publicação de 5 livros.</td></tr>
</table>

COMENTÁRIOS

A Estratégia Saúde da Família (ESF). foi criada com o objetivo de reorganização da Atenção Primária a Saúde (APS). busca promover a qualidade de vida da população e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, seja a nível individual ou coletivo. Composta por, no mínimo: (I). médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II). enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III). auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV). agentes comunitários de saúde.

"O Agente Comunitário de Saúde (ACS). é capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora".

Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal e a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Composto por uma equipe multiprofissional deve desenvolver atividades conjuntas com as equipes AB, seguindo a lógica do apoio matricial e das ações clínico-assistenciais ou técnico-pedagógicas, contribuindo para o alcance da integralidade do cuidado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As intervenções NASF frente a usuários e famílias são realizadas, através de encaminhamentos das ESF com discussões e negociação para definir a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso. O NASF e ESF podem desenvolver diversas modalidades de intervenções no território, por exemplo, no desenvolvimento de projetos de saúde no território; no apoio a grupos; nos trabalhos educativos e de inclusão social; no enfrentamento de situações de violência e ruptura social; nas ações junto aos equipamentos públicos. Todas são tarefas a serem desenvolvidas de forma articulada entre ESF/ NASF e outros setores envolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O processo de trabalho do NASF envolvem algumas ferramentas como Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto de Saúde no Território (PST), Pactuação do Apoio e Projeto Terapêutico Singular (PTS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário, importante para casos mais complexos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O PTS se desenvolve em quatro momentos, sendo o primeiro deles o DIAGNÓSTICO que é um momento para avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando facilitar uma conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário.

Em seguida, a DEFINIÇÃO DE METAS: com o diagnóstico realizado pela equipe, faz a proposta de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito e membro da equipe que tiver melhor vínculo.

DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES: é importante definir as tarefas que cada membro irá realizar para alcançar o objetivo proposto.

REVALIAÇÃO: momento para discutir a evolução e se há necessidade de correções de estratégias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Portanto o PTS representa um momento da ESF e NASF discutir todas as opiniões para solucionar os problemas identificados com a família e /ou indivíduo que tenha necessidades complexas como o caso apresentado.

O diagnóstico situacional é uma ferramenta que auxilia conhecer os problemas e as necessidades sociais da comunidade e da família exemplo: necessidade de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, bem como permite conhecer como é a organização dos serviços de saúde.

O diagnóstico situacional proporciona levantar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, bem como para estabelecer prioridades de intervenção na comunidade.

A identificação das necessidades de uma comunidade auxilia no estabelecimento de uma atenção integral, onde com base nos princípios do SUS, permite que a população tenha a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência.

Sendo assim, para o caso apresentado é necessário utilizar o PTS que configura como um dispositivo para o planejamento das ações em saúde dentro da ESF especialmente com a lógica matricial e equipes de referência.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF). e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: 2012
CUNHA, Gustavo Tenório. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1992.

QUESTÃO 25- COMPONENTE ESPECÍFICO

A equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). do Sistema Único de Saúde (SUS). foi acionada para atender um adulto, vítima de acidente automobilístico em área urbana com tráfego intenso.

O atendimento para vítimas de traumas deverá estar pautado nas recomendações do Ministério da Saúde, fundamentadas nos protocolos de atendimento da *American Heart Association.* Portanto, é essencial que o profissional conduza a avaliação das vítimas de forma ordenada, sistemática e assertiva, considerando as prioridades de atendimento.

Quanto ao estado da vítima, o enfermeiro, primeiro profissional a chegar no local em uma motocicletaambulância, identificou que se tratava de um adulto jovem, que estava inconsciente e não apresentava sangramento aparente.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. 2 ed. Brasília, 2016 (adaptado).

American Heart Association. Disponível em: https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2018/10/2018-Focused-Updates_. Acesso em: 22 jul. 2019 (adaptado).

Considerando o caso apresentado, assinale a opção correta acerca da sequência de avaliação da vítima.

A) Avaliar expansão torácica e respiratória; presença de pulso radial; permeabilidade de via aérea; estado ventilatório e neurológico.

B) Avaliar responsividade do paciente; permeabilidade de via aérea; expansão torácica; pulsação e circulação; estado neurológico; exposição da vítima.

C) Avaliar responsividade do paciente; pulsação e circulação; estado neurológico; expansão torácica; exposição da vítima.

D) Avaliar nível de resposta do paciente em cada respiração e sua expansão torácica; estado geral da vítima inconsciente; transferir o paciente imediatamente para o hospital.

E) Avaliar pulsação e circulação; expansão torácica; estado neurológico; responsividade do paciente; exposição da vítima.

GABARITO B	
Professor Convidado 1	Aline Andrade França

Mini currículo
Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade do Estado de Minas Gerais (1999). e Graduação em Enfermagem pela Faculdade Ciências da Vida (2011). Especialista em Fisiologia do Exercício e Treinamento resistido na Saúde, na Doença e no Envelhecimento pela USP (2001). . Especialista em Fisioterapia Respiratória pela UFMG (2005), Fisioterapeuta e Responsável Técnica da Clinica de Fisioterapia da cidade de Inhaúma- MG . Docente na Faculdade Ciências da Vida- Sete Lagoas na disciplina Pré-Hospitalar.Docente na Faculdade de Medicina Atenas- Sete Lagoas-MG. Mestre em Educação e Diabetes da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Enfermeira do Serviço Avançado Móvel de Urgência (SAMU). Instrutora do ACLS- AMERAN HEART ASSOCIATION (SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM CARDIOLOGIA, instrutora do PALS - SUPORTE AVAÇADO DE VIDA NA PEDIATRIA AMERICAN HEART ASSOCIATION pela Empresa CUREM.

Professor Convidado 2	Daniela Aparecida Morais

Mini currículo
Doutora em Enfermagem pela EEUFMG (2012), Mestrado em Enfermagem pela EEUFMG (2007), Titulada em Emergência pela ABRAMEDE/COBEEM (2019), Especialização em Urgência e Emergência pela UCDB (2015), Graduação em Enfermagem pela EEUFMG (2002). Presidente do Departamento de Enfermagem da ABRAMEDE – Regional Minas Gerais; Coordenadora do Núcleo de Ensino e Pesquisa do SAMU-BH; Enfermeira assistencial do SAMU-BH; Docente do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Belo Horizonte – UNIBH. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Urgência e Emergência – CNPq. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5708-5672. Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/1241512014023026

COMENTÁRIOS

A avaliação da vítima de forma padronizada facilita a abordagem, pois, leva em consideração as prioridades a serem identificadas e sanadas pelos profissionais a fim de evitar maiores sequelas. Assim que o profissional se aproxima da vítima, deve imediatamente formar uma impressão observacional “inicial” ou “a curta distância”, da gravidade da condição do paciente. Ao término desta impressão geral, o enfermeiro terá uma ideia da situação da vítima (Aehlert, 2018). Ação esta que foi executada pelo enfermeiro da moto-ambulância, pois, há o relato de que a vítima se encontrava inconsciente e não apresentava sangramento aparente.
Após esta etapa deve-se iniciar a avaliação primária cujos objetivos são: detectar a presença de problemas que ameacem a vida e corrigi-los imediatamente, pois, deve-se primeiro avaliar para depois executar a ação apropriada (AEHLERT, 2018; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2016).
Esta questão trata de um caso de acidente automobilístico, cita que o atendimento deve seguir as recomendações do Ministério da Saúde (MS). e informa que estas foram pautadas na diretriz da American Heart Association (AHA)
O fato de ser um atendimento aparentemente de trauma, induz o aluno pensar no método XABCDE, lançado em 2018, no qual enfatiza nesta ordem: o “X” - o controle de hemorragias externas exsanguinantes, A - manejo das vias aérea e estabilização da coluna cervical, B – ventilação e oxigenação, C – circulação, D – avaliação neurológica e E – exposição e controle do ambiente. Uma recomendação recente que ainda não consta no protocolo do MS, pois, este data de 2016. De qualquer forma, percebe-se que para evitar dúvidas, foi descrito nesta questão a frase chave: “... *que estava inconsciente e não apresentava sangramento aparente”,* ou seja, toda a avaliação inicial deveria ser direcionada para uma vítima trauma inconsciente e sem hemorragia externa exsanguinante.
O protocolo “AT1 - Avaliação primária do paciente com suspeita de trauma ou em situação ignorada” do MS orienta que após garantir a segurança da cena, deve-se aproximar da vítima e:

1. Avaliar a responsividade (chamar o paciente) e executar simultaneamente a estabilização manual da coluna cervical e iniciar verificação da respiração;
2. Avaliar as vias aéreas:
3. Avaliar a presença de boa respiração e oxigenação:
4. Avaliar a circulação:
5. Avaliar o estado neurológico
6. Expor com prevenção e controle da hipotermia:

Assim, de acordo com o caso descrito nesta questão, verifica-se que a alternativa correta é a B, utilizando como base o protocolo do MS vigente.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Aehlert, Bárbara. ACLS. **Advanced Cardiac Life Support.** 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. 557p.

American Heart Association. ACLS: Suporte Avançado de Vida Cardiovascular – Manual do Profissional. 189p. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Suporte Avançado de Vida.** 2. ed. Brasília, 2016. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-avancado-2016.pdf . Acesso em: 28 dez. 2019.

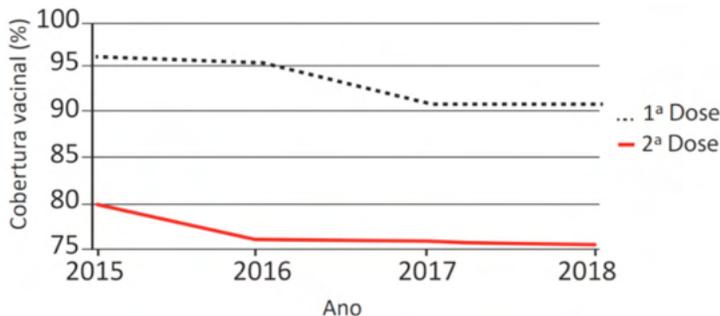
National Association of Emergency Medical Technicians. PHTLS: Prehospital Trauma Life Support. 9th, 2018. 762p.

QUESTÃO 26- COMPONENTE ESPECÍFICO

TEXTO 1

Desde 2017, a Organização Mundial da Saúde identificou elevado número de casos de sarampo em 170 países, sendo que, em 2018, foram confirmados 82 596 casos somente na Europa, com 72 fatalidades.

Em 2016, o Brasil recebeu da Organização Pan-Americana da Saúde a certificação de país livre da doença, porém, perdeu a certificação em 2018, após serem registrados 10 262 casos, sobretudo na região Norte. Em 2019, de acordo com o Ministério da Saúde, foram confirmados 561 casos de sarampo entre os meses de janeiro a julho.

A vacinação é a forma mais eficaz e segura para prevenção de doenças como o sarampo. A instituição do Plano de Eliminação do Sarampo ocorreu em 1992, mas a segunda dose da tríplice viral foi instituída a partir de junho de 2004. Em 2013, a vacina tetraviral foi introduzida no Calendário Básico de Vacinação da Criança, que também combate a varicela. O gráfico a seguir apresenta a cobertura vacinal do sarampo no Brasil, de 2015 a 2018, através da porcentagem anual de aplicação das duas doses da tríplice viral.

Disponível em: <https://aosfatos.org/noticias/desenhamos-fatos-sobre-o-surto-de-sarampo-no-brasil>. Acesso em: 29 jul. 2019 (adaptado).

TEXTO 2

Ao perder a certificação de país livre do sarampo em 2018, o Ministério da Saúde estabeleceu um conjunto de medidas de prevenção e controle, com ampliação das estratégias de adesão da população à imunização e apoio na investigação e no manejo dos casos da doença.

O objetivo é aumentar as taxas de cobertura vacinal (95%). para os índices recomendados pela Organização Mundial da Saúde mediante avaliação e atualização da situação vacinal dos brasileiros.

Disponível em: < http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45304-acoes-contra-surto-buscam-garantir-recertificacao-de-pais-livre-do-sarampo>. Acesso em: 29 jul. 2019 (adaptado).

Considerando os textos e os gráficos apresentados, avalie as afirmações a seguir.

I. No calendário vacinal brasileiro, a recomendação é de que as crianças recebam a tríplice viral (contra sarampo, caxumba e rubéola) aos 6 meses de idade e a tetraviral (contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela) aos 12 meses de idade.

II. As epidemias são recorrentes em países desenvolvidos em virtude, dentre outros fatores, do movimento anti-vacina que está em crescimento nos países em desenvolvimento devido a divulgação de informações falsas sobre as vacinas.

III. A instituição do Plano de Eliminação do Sarampo em 1992, da segunda dose da tríplice viral em 2004 e da tetraviral em 2013 explica que as campanhas de vacinação atuais estão focando nos jovens entre 15 e 29 anos, pois eles nasceram quando a segunda dose da tríplice viral ainda não havia sido instituída.

IV. Além dos fluxos migratórios, um fator agravante para a ocorrência de surtos é o fato do país possuir cobertura vacinal da tríplice viral menor do que a recomendação internacional, que é de 95%.

É correto apenas o que se afirma em

A) I e II.

B) I e IV.

C) III e IV.

D) I, II e III.

E) II, III e IV.

<table>
<tr><th colspan="2">GABARITO E</th></tr>
<tr><td>Professor Convidado 1</td><td>Simone Campos Maia de Andrade</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mini currículo
Docente da PUC Minas, Departamento de Enfermagem. Possui graduação em Enfermagem pelo PUC Minas. Especialista em Saúde Pública e Gerenciamento de Unidade Básica de Saúde. Mestre em Odontologia pela PUC Minas. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva , gerenciamento e epidemiologia.</td></tr>
<tr><td>Professor Convidado 2</td><td>Iago Leonardo Vieira da Silva</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mini currículo
Enfermeiro graduado pelo Centro Universitário de Sete Lagoas - UNIFEMM (2019). Especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (2021). Capacitado em atendimento ao Trauma pelo Grupo de Capacitação em Saúde - GCS(2017). Cuidador de Idosos pela Faculdade Unimed (2017). Tem experiência com Coordenação de Enfermagem, Enfermagem Hospitalar, Enfermagem Clínica e Cirúrgica adulto e pediátrico , Atendimento a Urgência e Emergência, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Núcleo de Segurança do Paciente, Auditoria, Estatística, Epidemiologia e Infectologia. Atualmente Coordenador de Enfermagem da Unidade de Internação do Hospital Unimed Sete Lagoas. Atua também na área de cuidados a idosos na modalidade Home Care. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5698-4174</td></tr>
</table>

COMENTÁRIOS

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, de alto contágio, causada pelo vírus RNA pertencente ao gênero Morbilivírus da família Paramoxyviridae, sendo o ser humano o seu hospedeiro exclusivo (BRASIL, 2019). Os sintomas são: erupção cutânea com duração mínima de três dias; febre, geralmente acima de 40ºC, por pelo menos um dia e tosse, coriza e/ou conjuntivite, podendo, entretanto evoluir com complicações graves, incluindo encefalite, pneumonia e morte (BRASIL, 2019).

Desta maneira, seguem os comentários sobre as assertivas referentes à doença, coberturas vacinais e as possíveis causas da redução de procura pela vacinação apresentadas.

A assertiva I está **INCORRETA**, pois no Calendário Básico de Vacinação de 2019 (BRASIL, 2019), preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações brasileiro (PNI), as vacinas que protegem contra o Sarampo são administradas na seguinte ordem:

- Vacina **Tríplice Viral** (sarampo, caxumba e rubéola): deve ser administrada a 1ª dose aos 12 meses.
- O reforço ocorre aos 15 meses com a vacina Tetraviral – previne sarampo, rubéola, caxumba e varicela/ catapora)
- Até 29 anos 11 meses e 29 dias estão preconizadas 2 doses da Vacina Tríplice Viral, com intervalo mínimo de 1 mês.
- À partir dos 30 anos até 49 anos, 11 meses e 29 dias deverá ser aplicada apenas 1 dose de Vacina Tríplice Viral.
- Nos profissionais deverão ser aplicadas 2 doses de Vacina Tríplice Viral independente da idade .

As assertivas II, III e IV estão **CORRETAS.**

Os antivacinas não tem origem bem determinada, entretanto, em meados do século XX, já é possível identificar o termo "vacinose", utilizado para associar diversas doenças agudas e crônicas a reações vacinais. Esse grupo ganhou ainda mais fôlego em 1998, quando o médico Andrew Wakefield publicou na revista The Lancet o artigo "MMR vaccination and autism" (tríplice viral e autismo, em tradução livre), que associava a vacinação contra o sarampo, caxumba e rubéola à ocorrência de síndrome do espectro autista (WAKEFIELD, 1999). Anos depois, esse estudo foi reconhecido como fraudulento e o autor foi expulso da comunidade científica internacional e proibido de exercer a medicina, entretanto os impactos negativos desse trabalho perduram até hoje (LEVI, 2013; WAKEFIELD, 1999). Atualmente as redes sociais têm possibilitado ampla disseminação de conteúdos para a grande massa. Elas democratizaram não só o acesso à informação como universalizaram a produção de conteúdo. Nesse sentido, houve grande evolução do ponto de vista da oportunidade da expressão de opinião, entretanto o mau uso de tal possibilidade para criar ou manipular notícias não enfrenta dispositivos legais e operacionais para a responsabilização e fiscalização do conteúdo produzido e replicado em larga escala. Nesse sentido, observamos o surgimento das fakenews, que ganharam a mídia e têm interferido diretamente no comportamento das pessoas por elas atingidas (SANCHES & CAVALCANTI, 2018). O movimento antivacinas, que há pouco tempo era formado por seguimentos populacionais com mais recursos, com acesso a terapias auxiliares e alimentação saudável, hoje alcançou segmentos mais populares da sociedade, usando de maneira inteligente e sutil, as redes sociais e penetrando com impacto, em um uma nova parcela da população mais vulnerável (SANCHES & CAVALCANTI, 2018).

Até o final da década de 80, o sarampo era uma doença endêmica no território nacional, com epidemias a cada dois ou três anos. Em 1990 houve a última grande epidemia de sarampo no Brasil, com mais de 45 mil casos registrados da doença. Em 1992 deu-se o início ao Plano de Controle e Eliminação do Sarampo que, entre outras estratégias, teve a Campanha Nacional de Vacinação indiscriminada contra o Sarampo, priorizando a faixa etária de nove meses a 14 anos de idade, alcançando uma taxa de 96% de adesão da população alvo, uma marca nunca alcançada em territórios tão grandes quanto o brasileiro (BRASIL, 2019), porém a redução das coberturas vacinais demonstrou que nos surtos de sarampo que ocorreram nos últimos cinco anos, pôde-se observar que os adolescentes e os adultos jovens estão sob um risco maior de contágio por não terem imunidade adquirida por vacinação ou por contato com o vírus selvagem do sarampo e da rubéola (SHIMIZU, 2018). Em 2016, o Brasil recebeu o certificado de erradicação do sarampo, pela Organização Pan-americana de Saúde – OPAS (BRASIL, 2016).

O ressurgimento do sarampo nos estados fronteiriços à Venezuela em 2018 chamou a atenção para a importância da manutenção das coberturas vacinais acima de 95% e a necessidade de monitorar os fluxos migratórios externos e internos, tanto para facilitar o acesso aos serviços de vacinação quanto para detectar possíveis bolsões de susceptíveis entre a população residente. (BEZERRA, 2018).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BEZERRA, Ana Caroline Mafra. Utilização de círculos de cultura sobre vacinas para promoção da educação em saúde dos adolescentes. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Situação dos Casos de Sarampo nos Estados de Roraima e Amazonas – 2018. Informe Nº 6 2017/2018 2. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/07/Boletim-n6-Sarampo.pdf>. Acesso em: 10/12/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Calendário Nacional de Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/jpg/2018/setembro/17/Calendario-de-Vacinacao-17-09-2018.jpg. Acesso em: 21 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 740p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/25/guia-vigilancia-saude-volume-unico-3ed.pdf>. Acessado em 18/12/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Situação do Sarampo no Brasil. Informe nº 35 de 09/01/2019. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/10/Informe-Sarampon35-9jan19gab.pdf> Acessado em 18/12/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. 27 de setembro de 2016. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25846-brasil-recebe-certificado-de-eliminacao-do-sarampo> Acesso em 15/03/2019.

LEVI, Guido Carlos. Recusa de vacinas: causas e consequências. São Paulo: Segmento Farma, 2013

SANCHES, *Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini* . & CAVALCANTI, *Ana Elizabeth Lapa Wanderley.* Direito à Saúde na Sociedade da Informação: A Questão das Fake News e seus Impactos na Vacinação. Revista Jurídica, 2018. 53(4), 448 – 466. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/3227>. Acesso em 10/12/2019.

SHIMIZU, Natiely Rallo. MOVIMENTO ANTIVACINA: a memória funcionando no/pelo (per).curso dos sentidos e dos sujeitos na sociedade e urbana Revista do Edicc, v. 5, n. 1, outubro de 2018.
WAKEFIELD, Andrew.J. MMR vaccination and autism. Lancet, 1999, 354, 949– 950.

QUESTÃO 27- COMPONENTE ESPECÍFICO

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva a promoção, prevenção, proteção e detecção precoce de alterações que possam indicar anormalidades. Nos primeiros meses de vida, a presença, a intensidade e a simetria dos reflexos primitivos podem ser utilizados para avaliar a integridade do sistema nervoso central e para detectar anormalidades periféricas. Após esse período, a criança perde alguns desses reflexos e os substitui por funções cerebrais mais complexas. Com o progredir do desenvolvimento, as ações involuntárias/reflexas dão lugar às ações voluntárias.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012 (adaptado).

Considerando os marcos do desenvolvimento neuromotor nos primeiros anos de vida, avalie as afirmações a seguir.

I. Nos primeiros 15 dias de vida, deve-se avaliar os reflexos primitivos considerando o predomínio do tônus flexor, a assimetria postural, o reflexo de Moro e a preensão reflexa.

II. No desenvolvimento motor grosso da criança de 5 meses, deve-se considerar se ela já engatinha, senta-se sem apoio e se apresenta preensão voluntária das mãos.

III. No desenvolvimento motor fino da criança de 12 meses, deve-se observar se ela já apresenta o movimento de pinça refinado. IV. Na avaliação do desenvolvimento de uma criança de 1 ano e 6 meses a 2 anos de idade, espera-se que ela já ande sem apoio, corra e suba degraus.

É correto apenas o que se afirma em

A) I e III.

B) II e III.

C) II e IV.

D) I, II e IV.

E) I, III e IV.

GABARITO E	
Professor Convidado 1	Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz

Mini currículo

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (2005), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (2015) e doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (2020). Atualmente é colaboradora da câmara técnica do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, enfermeira coordenadora da imunização - Secretaria Municipal de Saúde de Paraopeba, professora da Faculdade Ciências da Vida, professor titular do Centro Universitário de Sete Lagoas, professora da Faculdade Unimed, professora assistente 1 da FUNDAÇÃO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO FELUMA e pesquisadora do nupae da Universidade Federal de Minas Gerais. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção primária a saúde, enfermagem, serviços médicos de emergência, cuidados de enfermagem e trabalho

e Coordenação da Estratégia de Saúde da Família, atuando na Prevenção e Promoção da Saúde.

Professor Convidado 2	Ângela Lúcia Lopes

Mini currículo
Mestre em Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa BH. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pelo Instituto de Educação Continuada PUC Minas. Professora Assistente III da PUC Minas. Professora da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Enfermeira de Bordo da Unimed Aeromédica.

COMENTÁRIOS

O desenvolvimento infantil tem determinantes tanto fetais quanto pós-natais. Assim, boas condições fetais proporcionadas por boas condições gestacionais determinarão um crescimento estrutural e funcional máximo do cérebro, composto essencialmente por neurônios e prolongamentos desses, que se conectam através de sinapses. A mielina é uma lipoproteína produzida por uma células cerebrais, as glias, que recobrem os neurônios em sua porção axonal, para isolamento do neurônio e condução elétrica, facilitando as sinapses, que são as comunicações neuronais. Quanto mais as sinapses são utilizadas, mais elas se fortalecem e são mais eficientes, e de outra forma, as que não forem utilizadas enfraquecem e desaparecem.

A falta da mielina leva a atraso na aquisição de habilidades pelas crianças, tanto cognitivas como motoras, bem como serão consideradas como doenças se não forem.

Os estímulos ambientais são importantes para impulsionar as sinapses, bem como fortalecê-las. Esse complexo processo de crescimento físico cerebral aliados a estímulos de novas experiências vividas, permitem que a criança tenha um desenvolvimento contínuo e gradual, levando-a a adquirir habilidades cada vez mais elaboradas, que exigem experimentação e refinamento motor.

Mas como no início da vida ainda não há mielinização completa dos neurônios, que ocorre do período fetal até próximo dos 21 anos, o bebê reage a estímulos com reflexos chamados primitivos. Os reflexos primitivos são reações involuntárias em resposta a um estímulo externo e consistem nas primeiras formas de movimento humano. Servem como fonte primária de informações, as quais se armazenam no córtex em desenvolvimento. São chamados desta forma, porque são controlados pelas partes mais primitivas do cérebro.

Gradualmente as crianças vão substituindo os reflexos por ações voluntárias, sendo que por volta dos seis meses a criança perde esses reflexos e os substitui por funções cerebrais corticais, mais complexas.

Entre os reflexos primitivos, destacam-se os seguintes: “sucção, Babinski, corneato, engatinhar, extensão cruzada, olhos de boneca, defesa (pescoço tonico), gallant, preensão, Moro, pupilar, rotação da cabeça ou de procura, susto, caminhar”. A ausência desses reflexos em idades em que deveriam estar presentes ou, a persistência desses em idade em que deveriam ter desaparecido, poderá indicar prejuízo neurológico.

Dessa forma, analisamos as afirmações da questão:

I. Nos primeiros 15 dias de vida até os 2 meses da criança, há o predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa, evidenciados pelos reflexos de sucção, preensão plantar e palmar, de moro e tônico-cervical. Portanto, essa afirmativa é verdadeira.

II. Compreende-se por desenvolvimento motor grosso aquele que define as atividades dos grandes músculos do corpo e relaciona-se com as funções de sustentação da cabeça, sentar, andar e correr. No entanto, engatinhar e sentar-se sem apoio são atividades do desenvolvimento motor grosso esperado para crianças a partir de 6 meses. Aos 4 meses a criança apresenta a preensão voluntária das mãos. Portanto essa é uma afirmativa falsa.

III. Compreende-se por desenvolvimento motor fino aquele que define as atividades relacionadas aos movimentos de preensão e relaciona-se com as etapas do movimento de pinça. Por volta dos 4 meses, a criança já é capaz de apertar um objeto e de o segurar com a mão fechada. No entanto, aos 12 meses a criança já consegue apanhar e segurar pequenos objetos entre o polegar e a ponta do indicador, fazendo uma pinça muito semelhante à dos adultos. Portanto, essa é uma afirmativa verdadeira.

IV. Crianças de 1 ano e 6 meses a 2 anos já correm e sobem degraus baixos pois as atividades dos grandes músculos do corpo já se encontram melhor desenvolvidas, com mielinização adequada de neurônios, o que dá à criança a capacidade de integração da ação desejada e a capacidade motora. Dessa forma, essa é uma afirmativa correta.

A resposta que contém somente afirmativas corretas é a E.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

Centenaro O, Getelina CO, Cargnin MCS, *et al.* Reflexos Primitivos de Neonatos Nascidos em uma Maternidade no Sul do Brasil. **Rev Fund Care** Online. 2019. abr./jun; 11(3):588-593. DOI: http://dx.doI.org/10.9789/2175- 5361.2019.v11i3.588-593 .

CEREBRUM Centro Iberoamericano de Neurociencias, Educación y Desarrollo Humano– **Primeira Infância: um olhar desde a neuroeducação.** Washington, DC.: . Organización dos Estados Americanos, 2010. Disponível em http://iin.oea.org/pdf-iin/RH/primera-infancia-por.pdf. Acesso em: 27 dez.2019.

Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2014). Estudo nº 1: O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem. Disponível em http://www.ncpI.org.br. Acesso em: 27 dez.2019.

QUESTÃO 28- COMPONENTE ESPECÍFICO

O suicídio é um problema de saúde pública e sua complexidade envolve fatores de risco e fatores de proteção. De acordo com o Ministério da Saúde, os principais fatores de risco para o suicídio são: transtornos mentais, como esquizofrenia e transtornos de humor; uso problemático de álcool e outras drogas; tentativas prévias de suicídio; doenças orgânicas crônicas e com estigma social; e fatores sociodemográficos e ambientais.

A avaliação do risco de suicídio segue os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e envolve a estratificação em risco baixo, médio e alto. Além do profissional de enfermagem, outros profissionais de saúde também devem realizar essa avaliação nos diferentes níveis de atenção à saúde, o que é determinante para reduzir os índices de morte autoprovocada. BRASIL. Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (adaptado).

Considerando a avaliação do risco de suicídio, avalie as afirmações a seguir.

I. É indispensável que o Estado institua políticas públicas que promovam apoio psicossocial voltado às especificidades de pessoas do gênero feminino, pois as mulheres morrem mais do que homens por suicídio.

II. Situações/sintomas como perda recente do emprego, anedonia, humor deprimido e isolamento social, sem pensamento de morte, mas com tentativa prévia de suicídio, são consideradas, na avaliação do risco de suicídio, como médio risco.

III. Determinadas características pessoais (etnia, idade, sexo). e aspectos biográficos (emprego e renda, escolaridade, vivência recente de morte de entes queridos). podem representar fatores de risco para o comportamento suicida.

IV. Em uma tentativa de suicídio por ingesta de medicamentos, a equipe de enfermagem deve: chamar/contatar familiar ou outra pessoa que possa monitorar e oferecer apoio ao indivíduo; propor medidas que previnam novas tentativas de suicídio; pactuar encaminhamento para acompanhamento; e certificar-se de que a notificação obrigatória foi realizada.

É correto apenas o que se afirma em

A) I e III.

B) II e IV.

C) III e IV.

D) I, II e III.

E) I, II e IV.

<table>
<tr><th colspan="2">GABARITO C</th></tr>
<tr><td>Professor Convidado 1</td><td>Gabrielli Pinho de Rezende</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mini currículo
Graduação em enfermagem pela UFVJM, Diamantina-MG. Especialista em Atenção Básica pela UFMG. Especialista em Gestão da Clínica na APS pelo SENAC-MG. Especialista em Urgência, Emergência e Trauma pela PUC-MG. Mestre em enfermagem pela escola de enfermagem da UFMG. Doutora em Enfermagem pela escola de enfermagem da UFMG. Enfermeira da Estratégia de saúde da família em Paraopeba-Mg. Docente do curso de graduação em enfermagem pelo Centro universitário de Sete Lagoas- Unifemm e Faculdade ciências da vida.</td></tr>
<tr><td>Professor Convidado 2</td><td>Bianca Santana Dutra</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mini currículo
Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina UFMG. Especialista em Enfermagem em Urgência, Emergência e Trauma pelo Instituto de Educação Continuada PUC Minas. Enfermeira pela Faculdade Ciências da Vida. Responsável Técnica de Enfermagem da Clínica Viver +. Coordenadora da Diretoria Técnica do HNSG. Professora do Curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Sete Lagoas UNIFEMM. Orcid: https://orcid.org/0000-0002- 7208-2426</td></tr>
</table>

COMENTÁRIOS

O suicídio é considerado um problema de saúde pública tendo em vista os números expressivos da sua ocorrência no Brasil e no mundo e ainda pelos múltiplos fatores e impactos individuais e coletivos que podem estar envolvidos nesses casos.

Estima-se que o suicídio represente 1,4% das mortes em todo o mundo e que a cada 3 segundos tentativas de autoextermínio aconteçam. Em 2012, esse agravo passou a ocupar 15ª causa de mortalidade na população geral e a segunda entre os jovens de 15 a 29 anos (OMS, 2000, BRASIL, 2017a).

Estudos relacionados ao tema mostram que o público feminino possui um número maior de notificações por lesões autoprovocadas mas que os óbitos acontecem mais no sexo masculino. O perfil dos óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). no período de 2011 a 2015 apresenta que o risco de suicídio no sexo masculino foi de 8,7/100 mil habitantes, enquanto no público feminino foi de 2,4/100 mil habitantes. Independentemente do sexo, as maiores taxas de suicídio foram observadas na faixa etária de 70 anos e mais anos, em pessoas com até 3 anos de estudo e ainda na população indígena (BRASIL, 2017a).

Diante desse cenário torna-se importante reconhecer situações ou sinais de alerta que possam possibilitar a prevenção do suicídio, mesmo que esses não possam ser considerados como determinantes isoladamente. Alguns sinais que podem evidenciar maior risco são o aparecimento ou agravamento de problemas de conduta ou de manifestações verbais durante pelo menos duas semanas, a preocupação com sua própria morte ou falta de esperança, a expressão de ideias ou de intenções suicidas e o isolamento. Além desses, situações que possam deixar o indivíduo mais vulnerável, como algum tipo de discriminação, desequilíbrio econômico, político, familiar e de saúde devem ser consideradas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017a, b, c; BRASIL, 2019). Estudo realizado sobre uma análise do perfil de usuários atendidos em um centro psicossocial, corrobora com os dados do Ministério da Saúde, onde os fatores de risco para as tentativas de suicídio sobressaem-se variáveis sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas, a história de tentativa de suicídio anterior e os transtornos mentais, dentre os transtornos mentais destacam-se a depressão e a esquizofrenia (PAIVA, *et al;* 2019).

Neste contexto, ressalta se que na área de saúde, que os profissionais de Enfermagem têm papel preponderante, pois estão na linha de frente do atendimento e podem impactar positivamente o processo de identificação de pensamento suicida e prevenção do suicídio (CARBOGIM, *et al;* 2019).

Ao compreender a importância de intervir nessa realidade vivenciada e ao mesmo tempo o desafio de atuação, o Ministério da Saúde desenvolveu diversas ações no sentido de alertar a todos para o problema, capacitar os profissionais da saúde, promover a atuação em rede e ainda garantir ações legais sobre o suicídio. Pode-se destacar a Portaria nº 1.876/2006, que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio; a Portaria nº 3088/2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). para pessoas com sofrimento ou transtorno mental prevendo a articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede como Centro de Convivência, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Atenção Hospitalar e serviços de urgência e emergência; a Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública; a criação no ano de 2017 do Boletim Epidemiológico 2017, da Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020, da Portaria nº 3.479 que instituiu o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil e ainda da Portaria Nº 3.491de ações relacionadas à prevenção do suicídio.

Pode-se observar, por meio dessas ações e legislações, que toda a sociedade deve estar envolvida. A Atenção Primária à Saúde assume um importante papel pela possibilidade de atuar junto às famílias na identificação de riscos, no planejamento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e na articulação da rede de saúde. O profissional da saúde deve estar atento para o fato de que o cuidado adequado ao indivíduo com risco ou tentativa de suicídio envolve desde o acolhimento e humanização da assistência até o monitoramento do caso e minimização dos riscos (BRASIL, 2017c; BRASIL, 2019).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: sinais para saber e agir. 2019.** Disponível em aude.gov.br/saude-de-a-z/suicídio. Acesso realizado em 26/12/19.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006:** Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2006.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011:** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014:** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2014.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: Suicídio. Saber, agir e prevenir.** Volume 48 N° 30 – 2017. Disponível em http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf. Acesso realizado em 24/12/19. a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Acesso realizado em 24/12/19. b

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017:** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. c.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL. TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** GENEBRA, 2000.

PAIVA RPN, AGUIAR ASC, CÂNDIDO DA, MONTEIRO ARM, ALMEIDA PC, ROSCOCHE KGC, et al. **Análise do perfil de usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial.** Journal Health NPEPS. 2019 jan-jun; 4(1):132-143. http://dx.doI.org/10.30681/252610103360

CARBOGIM FC, PEREIRA NL, LUIZ FS et al. **Suicídio e cuidado às vítimas de tentativa de suicídio.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 13(4):1090-6, abr., 2019. https://doI.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238056p1090-1096-2019

QUESTÃO 29- COMPONENTE ESPECÍFICO

Uma menina de 4 anos de idade foi admitida em uma unidade pediátrica para realização de apendicectomia. O enfermeiro do centro cirúrgico realizou a visita pré-operatória para identificar e avaliar a criança e preencheu o instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).

No que se refere à aplicação da SAEP e do protocolo de cirurgia segura, assinale a opção correta.

A) Os cuidados de enfermagem no pré-operatório envolvem a orientação da criança e dos pais sobre o procedimento cirúrgico, punção de acesso venoso calibroso e comunicação à enfermeira da unidade pediátrica em caso de temperatura axilar maior que 38 °C.

B) Os cuidados de enfermagem no pré-operatório envolvem a orientação da criança e dos pais sobre o procedimento cirúrgico, punção de acesso venoso calibroso e administração de antimicrobiano profilático.

C) Os cuidados de enfermagem no pré-operatório envolvem a comunicação à enfermeira da unidade pediátrica sobre dor, punção de acesso venoso calibroso e administração de antimicrobiano e antitérmico profiláticos.

D) Os cuidados de enfermagem no transoperatório envolvem a comunicação à enfermeira da unidade pediátrica sobre dor, punção de acesso venoso calibroso e em caso de temperatura axilar maior que 38 °C.

E) Os cuidados de enfermagem no transoperatório envolvem a avaliação da dor pela enfermeira da unidade pediátrica, punção de acesso venoso calibroso e administração de antimicrobiano profilático.

GABARITO B	
Professor Convidado 1	Matheus Medeiros e Melo
Mini currículo Mestrando em Biotecnologia, Gestão e Inovação – UNIFEMM 2020, Especialista em Enfermagem Intensiva de Alta Complexidade pela Universidade Estacio de Sá 2015; Graduado em Enfermagem pela Universidade Presidente AntoAntônio Carlos – Campus Leopoldina MG 2008. Professor convidado IEC PUC Minas, disciplina de enfermagem nas emergencias e urgencias cardiológicas. Professor de nivel técnico : Escola Santa Rita e Meta Escola tecnica.	
Professor Convidado 2	Éder Júlio Rocha de Almeida
Mini currículo Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI BH), Mestrando em tecnologia da informação aplicada a biologia computacional (Promove/Fiocruz), MBA em desenvolvimento de pessoas, Especialista em Urgência e Emergência, Especialista em segurança do paciente e qualidade nos serviços de saúde, Especializando em Formação de educadores em saúde pela universidade federal de Minas Gerais. Foi o primeiro acadêmico de Enfermagem no Centro de Telessaúde do Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Minas Gerais - HC-UFMG, desenvolvendo produções científicas com ênfase na atenção primária. Possui experiência assistencial em oncologia, quimioterapia, pronto socorro (P.S). e Centro de terapia intensiva (CTI). do hospital Socor; centro cirúrgico e obstétrico (Mater dei). Iniciou na docência sendo monitor das disciplinas: Semiotécnica e Bioquímica. Foi aluno de iniciação científica no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Infecção Relacionada ao Cuidar em Saúde? NEPIRCS /CNPq, e do Núcleo de Estudos e Pesquisa em cuidados e Desenvolvimento Humano da UFMG. Possui experiência em Gestão da qualidade, acopanhando a implemen-	

tação da NBR ISO 9001 no Grupo Santa Casa de Belo Horizonte, nas unidades de negócios: Centro de especialidades médicas - CEM; Instituto de ensino e pesquisa - IEP e Funerária. Foi enfermeiro da qualidade e educação permanente na Faculdade e Hospital Ciências Médicas, sendo responsável pelos processos de certificação e treinamentos de desenvolvimento dos gestores e colaboradores. Atuou como coordenador do curso de enfermagem e radiologia da Meta Escola Técnica de Formação, foi preceptor de estágio da Universidade Salgado de Oliveira.Participou como membro das comissão da qualidade da Universidade Salgado de Oliveira sendo um dos responsáveis pela comissão de certificação do selo de qualidade COFEN no ano de 2019. Atualmente é Docente do curso bacharel em enfermagem pela Universidade Vale do Rio Verde -UNINCOR, Docente da Pós graduação e orientador de TCC do Instituto de Ensino e Pesquisa Santa Casa, preceptor de estágio do Pitágoras.

COMENTÁRIOS

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um método que tem a finalidade de aprimorar a assistência de enfermagem ao paciente (VIANA; PIRES 2014), buscando proporcionar uma assistência segura e de qualidade (LOURENÇÃO, TROUCHIN 2016).

Os enfermeiros que atuam em Centro Cirúrgico podem utilizar a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP), para alcançar esse fim. Entende-se como perioperatório todos os períodos que envolvem um ato cirúrgico, a saber: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório (SOBECC, 2017).

A Sistematização de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). é a utilização do processo de Enfermagem aplicado ao paciente cirúrgico (CRISTÓFORO; CARVALHO 2009). Caracteriza-se como uma metodologia organizacional com base em conhecimentos técnicos e científicos que permitem conhecer o paciente e suas necessidades, fornecendo, desse modo, uma referência para as possíveis intervenções e promovendo ações que modifiquem o estado do processo de vida e de saúde/doença dos pacientes (AZOLIN et al, 2012; BARBOSA et al, 2014).

Assim a SAEP é uma valiosa ferramenta, constituída por cinco fases, a saber; visita pré-operatória, planejamento da assistência perioperatória, implementação da assistência, avaliação da assistência e reformulação da assistência a ser planejada (SOBECC, 2013; SILVA; ALVIM, 2010).

A avaliação pré-operatória de enfermagem, inicia-se da véspera da cirurgia até o momento que o paciente é recebido no centro cirúrgico. Permite que o enfermeiro tenha a oportunidade de esclarecer ao paciente e à família dúvidas, como também oferece subsídios para uma assistência de enfermagem contínua nos períodos intra e pós-operatório (FONSECA e PENICHE, 2009).

O período que antecede a internação é ideal para orientação quanto à cirurgia, e cabe ao enfermeiro prestar orientações quanto aos cuidados e procedimentos a serem realizados, promovendo a adaptação do paciente ao ambiente, com isso reduzindo a ansiedade e medo (SOUZA et al.,2010).

Com base nas referências supracitadas, dentre as atividades incluídas na etapa pré-operatória estão a avaliação clínica do paciente, elaboração do plano de cuidados e orientações a serem prestadas aos pacientes que serão submetidos a cirurgia. Desse modo, a orientação da criança e dos pais sobre o procedimento cirúrgico, punção de acesso venoso calibroso e administração de antimicrobiano profilático configuram-se como cuidados de enfermagem no período pré-peratório, momento que antecede a cirurgia.

Já os cuidados de enfermagem como avaliação da dor pela Enfermeira da Unidade Pediátrica ou comunicação em caso de intercorrências (dor ou temperatura axilar maior que 38 °C) apontados nas demais alternativas, configuram-se como cuidados na fase de planejamento e de implementação da assistência. Sendo assim, a alternativa correta é a B.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. 7ª ed. São Paulo: SOBECC/ Barueri: Manole; 2017.

Azzolin KO, Souza EN, Ruschel KB, Mussi CM, Lucena AF, Rabelo AR. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio.Rev. gaúcha de enferm. 2012; 33. 4: 56-63.

Barbosa EMG,et al. Cuidados de enfermagem a uma puérpera fundamentados na teoria do conforto.Rev Min Enferm. 2014; 18. 4: 845-854

Christóforo BEB, Carvalho DS. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(1):14-22. Disponível em: <http://dx.doI.org/10.1590/S0080-62342009000100002. PMid:19437849> Acesso em: 05 dez. 2019.

FONSECA, R.M.P; PENICHE, A.C.G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos apóscriação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória, Acta Paul Enferm, 2009. 22(4):428-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a13v22n4.pdf> Acesso em: 05 dez. 2019.

Lourenção DCA, Tronchin DMR. Segurança do paciente no ambiente cirúrgico: tradução e adaptação cultural de instrumento validado. Acta Paul Enferm. 2016;29(1):1-8. Disponível em: <http://dx.doI. org/10.1590/1982-0194201600002> Acesso em: 05 dez. 2019.

Silva DC, Alvim NAT. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2010; 63. 3:427-34

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização –SOBECC. Manual de Práticas Recomendadas da SOBECC. 6. ed. São Paulo: SOBECC; 2013

Viana VO, Pires PS. Validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem. Rev Enferm Atenção Saúde. 2014;3(2):64-75. Disponível em < https://doI.org/10.18554/> Acesso em: 05 dez. 2019.

QUESTÃO 30- COMPONENTE ESPECÍFICO

Um homem de 70 anos de idade deu entrada na unidade de internação cirúrgica há 3 dias após ter sido submetido a laparotomia exploratória emergencial, com incisão cirúrgica realizada na região abdominal mediana. Devido ao processo de internação, o paciente está em repouso no leito desde o procedimento cirúrgico, em uso de cateter enteral, cateter vesical de demora e cateter venoso central. A ferida operatória apresenta sinais flogísticos e drenagem purulenta em média quantidade em curativo secundário. Durante o exame físico, a enfermeira identificou edema e calor no membro inferior direito, alertando a equipe médica para um possível diagnóstico de trombose venosa profunda (TVP).

Em relação aos três fatores de risco para TVP, assinale a opção correta.

A) Procedimento cirúrgico; cateter vesical de demora; cateter enteral.

B) Cateter vesical de demora; procedimento cirúrgico; repouso no leito.

C) Repouso no leito; cateter enteral; sinais flogísticos da ferida operatória.

D) Idade; cateter central; sinais flogísticos da ferida operatória.

E) Processo cirúrgico; cateter venoso central; repouso no leito.

GABARITO E	
Professor Convidado 1	Iago Leonardo Vieira da Silva

Mini currículo
Enfermeiro graduado pelo Centro Universitário de Sete Lagoas - UNIFEMM (2019). Especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci (2021). Capacitado em atendimento ao Trauma pelo Grupo de Capacitação em Saúde - GCS(2017). Cuidador de Idosos pela Faculdade Unimed (2017). Tem experiência com Coordenação de Enfermagem, Enfermagem Hospitalar, Enfermagem Clínica e Cirúrgica adulto e pediátrico , Atendimento a Urgência e Emergência, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Núcleo de Segurança do Paciente, Auditoria, Estatística, Epidemiologia e Infectologia. Atualmente Coordenador de Enfermagem da Unidade de Internação do Hospital Unimed Sete Lagoas. Atua também na área de cuidados a idosos na modalidade Home Care. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5698-4174

COMENTÁRIOS

O tromboembolismo venoso (TEV). é a principal causa de morte evitável em pacientes hospitalizados, apesar de todos os avanços na prevenção e na terapêutica (VITOR; DAOU; GÓIS (2016). De acordo com a Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (2015). os principais fatores diretamente ligados à gênese dos trombos são: estase sanguínea, lesão endotelial e estados de hipercoagulabilidade e **condições clínicas** como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva classe funcional grau III e IV, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, acidente vascular cerebral (derrame cerebral), internações em unidade de terapia intensiva, presença de cateteres venosos centrais são condições que, por vários fatores aumentam o risco de desenvolvimento de trombose venosa. Destarte **idade avançada, procedimentos cirúrgicos, imobilização e acessos venosos centrais** constituem fatores que favorecem o desenvolvimento de TVP. A sua incidência aumenta proporcionalmente com a idade, sugerindo que esta seja o fator de risco mais determinante para um primeiro evento de trombose.

Para efeitos didáticos, os fatores de risco podem ser classificados como:

→ ***Hereditários/Idiopáticos:*** resistência à proteína C ativada (principalmente fator V de Leiden), mutação do geneda protrombinaG20210A; deficiência de antitrombina; deficiência de proteína C; deficiência de proteína S;hiperhomocisteinemia; aumento do fator VIII;aumentodo fibrinogênio.

→ ***Adquiridos/Provocados:*** síndrome do anticorpo antifosfolipídio; câncer; hemoglobinúria paroxística noturna; idade >65 anos; obesidade; gravidez e puerpério; doenças mieloproliferativas (policitemia vera; trombocitemia essencial etc.), síndrome nefrótica; hiperviscosidade (macroglobulinemia de Waldenström; mieloma múltiplo), doença de Behçet; trauma; **cirurgias; imobilização;** terapia estrogênica, **acessos venosos centrais.**

Ademais cabe ressaltar que a utilização de cateteres venosos centrais ocorre com finalidades de monitorização hemodinâmica, manutenção de uma via de infusão de soluções ou medicações, nutrição parenteral prolongada, hemodiálise, ou mesmo para a coleta de amostras sangüíneas para análises laboratoriais.

A monitorização hemodinâmica invasiva contínua tem sido cada vez mais utilizada com a finalidade de diagnóstico e definição do tratamento de causas específicas de instabilidade cardiovascular observadas no período peri-operatório. Se reveste de especial importância em pacientes idosos e nas cirurgias de grande porte, como nas cirurgias oncológicas e nas de elevado risco de sangramento, em face da necessidade de reposição volêmica generosa e rápida sob o controle rigoroso da pré-carga ventricular (CRM,2010).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DA PARAÍBA. Parecer técnico 025/2010. Dispõe sobre indicação do acesso venoso central e dá outras providências. Disponível em :< https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PB/2010/25>. Acesso em: 26/12/2016.

PRESTI, C; JÚNIOR, F.M. (organizadores). Trombose Venosa Profunda: diagnóstico e tratamento. Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV). Projeto Diretrizes 2015. Disponível em :< https://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/trombose-venosa-profunda.pdf> Acesso em: 26/12/2019.

VITOR, S. K. S; DAOU, J. P; GÓIS, A. F. T. Prevenção do tromboembolismo venoso (trombose venosa profunda e embolia pulmonar). em pacientes clínicos e cirúrgicos. Diagn Tratamento. 2016;21(2):59-64. Disponível em :< http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2016/v21n2/a5583.pdf> Acesso em 26/12/2019.

QUESTÃO 31- COMPONENTE ESPECÍFICO

Uma criança de 3 anos de idade foi levada ao hospital de sua cidade com sinais de alergia. A pediatra que fez o atendimento prescreveu 3,5 mg de adrenalina. Segundo a mãe da criança, o enfermeiro demonstrou estranheza à dosagem prescrita, mas, mesmo assim, administrou a medicação conforme prescrito. A criança começou a passar mal poucos minutos após a aplicação de adrenalina, foi entubada e, em seguida, transferida para o Centro de Terapia Intensiva de outro hospital. Dois dias após a sua internação, a criança teve cinco paradas cardíacas e faleceu. A secretaria de saúde da cidade abriu sindicância para investigar o caso e avaliar a conduta dos profissionais responsáveis pela prescrição e pela administração do medicamento.

Com base no caso apresentado, avalie as afirmações a seguir.

I. Do ponto de vista ético, espera-se que o enfermeiro utilize sua criatividade e seu conhecimento para gerenciar as ações assistenciais, tomar decisões e adequar os recursos humanos e materiais de que dispõe, assegurando a qualidade da assistência.

II. O enfermeiro responsável pela administração do medicamento prescrito agiu com imprudência, pois aplicou o medicamento mesmo conhecendo os possíveis danos para o paciente.

III. A pediatra responsável pela prescrição agiu com negligência, pois a sua conduta demonstrou incapacidade técnica e inabilidade na prática profissional.

IV. A equipe de enfermagem constitui importante elo do processo de administração de medicamento e seus atos podem marcar a transição de um erro previsível para um erro real, como evidenciado no caso.

É correto apenas o que se afirma em

A) I e III.

B) I e IV.

C) II e III.

D) I, II e IV.

E) II, III e IV.

GABARITO D	
Professor Convidado 1	Clayton Lima Melo
Mini currículo Doutor e Mestre em Enfermagem pela UFMG. Titulado em Enfermagem em Terapia Intensiva pela ABENTI. Professor Adjunto da PUC Minas e UninCor. Enfermeiro da Emergência e UTI PS do Hospital Metropolitano Odilon Behrens - Belo Horizonte/MG. Conselheiro do Coren - MG. Vice-Presidente do Departamento Enfermagem da AMIB e membro do Departamento de Enfermagem da SOMITI	
Professor Convidado 2	Thaís Oliveira Gomes
Mini currículo Possui graduação em enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (2010). e graduação em Licenciatura pela Universidade Federal de Minas Gerais (2010). Mestre em Saúde do Adulto pela Faculdade de Medicina da UFMG. Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais e é titulada em Terapia Intensiva pela Associação Brasileira de Enfermagem e Terapia Intensiva (ABENTI). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva. Atualmente é enfermeira do Hospital das Clínicas da UFMG e docente de pós-graduação da PUC-MG. É membro do departamento de enfermagem da Sociedade Mineira de Terapia Intensiva (Somiti). e da diretoria da ABENTI biênio 2019-2020. Coordenadora da Comissão de Educação Permanente em Enfermagem do HC/UFMG.Instrutora dos cursos BLS e ACLS/AHA pela Somit**I.**	

COMENTÁRIOS

A questão traz um caso clínico de uma criança de 3 anos de idade que recebeu a dosagem de 3,5 mg de adrenalina prescrita por um pediatra e administrada por um enfermeiro, ocorrendo evento adverso grave, definido pelo Ministério da Saúde (MS), como situação de dano que o paciente necessitou de grande intervenção médico-cirúrgica para salvar a vida ou causou grandes danos de longo prazo ou permanentes; perturbação/risco fetal ou anomalia congênita, e neste caso teve como desfecho o óbito.

Para tornar o uso de medicamentos mais seguro para o paciente, é importante identificar os fatores de risco que contribuem para os incidentes. Para isso, é necessário conhecer as falhas fundamentais e os problemas de desenho do sistema de medicação, bem como eventos que ocorrem raramente, mas que trazem danos graves para o paciente ou até mesmo a morte. Todos os profissionais envolvidos no sistema de medicamentos têm a responsabilidade de trabalhar em conjunto, para minimizar os danos causados aos pacientes. Em um cenário hospitalar, quando um médico prescreve uma medicação, o farmacêutico pode dispensá-la, o enfermeiro pode prepará-la e administrá-la e um outro enfermeiro e um diferente médico podem monitorar o progresso do paciente, conjuntamente com o próprio, e tomar decisões sobre a continuidade do uso das drogas.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS). e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em consonância com as iniciativas globais da Organização Mundial da Saúde (OMS). e da Joint Commission, lançaram o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em abril de 2013, com o objetivo de promover as estratégias voltadas para a prevenção e para a redução dos riscos associados à saúde. Uma das estratégias do PNPS é o estímulo à prática assistencial segura, por meio do Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

A prescrição consiste na escolha da medicação apropriada para cada situação clínica, feita pelo profissional da saúde, que considera os fatores individuais dos pacientes, como as alergias, peso, entre outros, e na indicação da via de administração, dose, tempo e duração. A dispensação consiste na distribuição do medicamento pelo serviço de farmácia/suprimentos para as unidades requisitantes. Existem vários tipos de sistemas de dispensação de medicamentos. É recomendado pelo MS e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o sistema de dose unitária, o qual consiste na distribuição dos medicamentos com doses prontas para a administração de acordo com a prescrição médica do paciente.

O preparo consiste na técnica de manipulação dos medicamentos para administrar ao paciente, de acordo com a prescrição e dispensação e envolve amplo conhecimento prévio sobre a droga (ações e reações), a conferência da prescrição com o medicamento a ser preparado, a realização de cálculos, diluições, a completa identificação e a escolha de materiais e equipamentos apropriados para a administração. A administração consiste na aplicação de medicamentos ao paciente. Todo profissional de saúde, ao administrar um medicamento, deve sempre checar, os "nove certos": medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, paciente certo, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa.

No caso descrito, percebe-se que dentre os "nove certos" propostos para garantia de uma administração segura de medicamentos, a dose correta não foi confirmada.A Epinefrina é considerada um Medicamento Potencialmente Perigoso (MPP), definido como aquele que possui risco aumentado de provocar danos significativos ao paciente em decorrência de uma falha no processo de utilização, conforme classificação do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP). Sendo assim, a dose correta deveria ter sido checada com outro profissional de saúde, visto que há recomendação de dupla checagem independente para a administração de MPP, que ocorre quando um profissional

realiza a checagem paralelamente ao trabalho realizado por outro. Essa recomendação é ainda mais relevante em grupos de pacientes de risco, como no caso em questão.

O cenário de atuação dos profissionais de enfermagem é dinâmico, com processos de trabalho simples e complexos, que ocorrem simultaneamente e requerem contínuas ações e decisões. Quanto às responsabilidades do enfermeiro, vale ressaltar que no Decreto nº 94406, de 8 de junho de 1987, que regulamentou a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, em seu artigo 8º, inciso II, alínea f, está determinado que, "ao enfermeiro incumbe, como integrante da equipe de saúde, participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem."

Considerando a Resolução Cofen nº 564/2017 que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem são deveres:

> Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.
>
> Art. 54 Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.
>
> Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.
>
> Considerando a Resolução Cofen nº 564/2017 que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem são proibições:
>
> Art. 78 Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.
>
> Art. 80 Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), em seus artigos, ressalta os aspectos pertinentes às responsabilidades, aos deveres, aos direitos e às penalidades mediante infração, e estabelece as responsabilidades do profissional de enfermagem em "assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

A imperícia, do latim *imperitia,* é a falta de prática ou ausência de conhecimento que se mostram necessários ao exercício de uma profissão ou de uma arte. É ignorância, incompetência, desconhecimento, inexperiência, inabilidade, imaestria para a prática de determinados atos, no exercício da profissão, que exigem um conhecimento específico. Os erros cometidos por incapacidade técnica do denunciado são considerados imperícia.

A imprudência refere-se à descautela, descuido, prática de ação irrefletida ou precipitada, resultante de imprevisão do agente em relação ao ato que podia e devia pressupor, ou, ainda quando o profissional age com excesso de confiança desprezando as regras básicas de cautela. São situações em que o profissional atua sem a devida precaução, e que acabam por expor o paciente a riscos desnecessários.

A negligência, do latim *negligentia* caracteriza-se por ser um descuido, desleixo, falta de diligência, incúria, desatenção, desídia, falta de cuidado capaz de determinar a responsabilidade por culpa, omissão daquilo que razoavelmente se faz, falta de observação aos deveres que as circunstâncias exigem.

Faz-se necessário ressaltar que existem dúvidas acerca dos termos omissão e negligência, até porque alguns autores associam-nos, o que pode gerar confusão. É considerada omissão quando o profissional devia e podia agir numa determinada situação e não o fez e a negligência ocorre nas faltas do profissional que, sabendo executar um serviço, se descuida durante tal execução, por excesso de confiança em si mesmo, deixando de praticá-lo com os cuidados exigidos, advindo daí circunstâncias danosas ou prejudiciais à vítima.

Pode-se afirmar, portanto, que o enfermeiro agiu com imprudência pois, mesmo conhecendo os possíveis riscos da medicação, a administrou sem adotar as práticas seguras recomendadas, o que implicou no óbito do paciente.

Quanto à conduta do pediatra, a partir dos conceitos previamente expostos, essa pode ser classificada como imperícia, visto se tratar de uma falha técnica.

É esperado que o enfermeiro utilize sua criatividade ao gerenciar as ações assistenciais, ao tomar decisões e ao adequar os recursos humanos e materiais de que dispõe, assegurando um atendimento das necessidades dos pacientes com isenção de riscos, quando estes forem previsíveis e, portanto, passíveis de prevenção.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. **Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 21 set 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em 14 jan 2020.

BRASIL. **Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987.** Regulamenta a Lei número 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em 14 jan 2020.

CARBONI, R.M; REPPETTO, M,A; NOGUEIRA, V.O. Erros no exercício da enfermagem que caracterizam imperícia, imprudência e negligência: uma revisão bibliográfica. **Rev. Paul. Enferm.** São Paulo, 2018;29(1-2-3):100-7. Disponível em: http://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2018/12/REPEn_2018_v29n1-2-3_a10.pdf. Acesso em 14 jan 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em 14 jan 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 564/2017.** Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em 14 jan 2020.

FREITAS, G.F. de; OGUISSO, T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo , v. 42, n. 1, p. 34-40, Mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100005. Acesso em 14 jan 2020.

ISMP. Instituto para Práticas Seguras no Uso de **Medicamentos – Brasil. Medicamentos Potencialmente Perigosos de Uso Hospitalar. Lista atualizada 2019.** Minas Gerais, 2019. 8(1): 1-9.
https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletim-ismp-fevereiro-2019.pdf

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Uso seguro de medicamentos:** guia para preparo, administração e monitoramento / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. – São Paulo: COREN-SP, 2017.

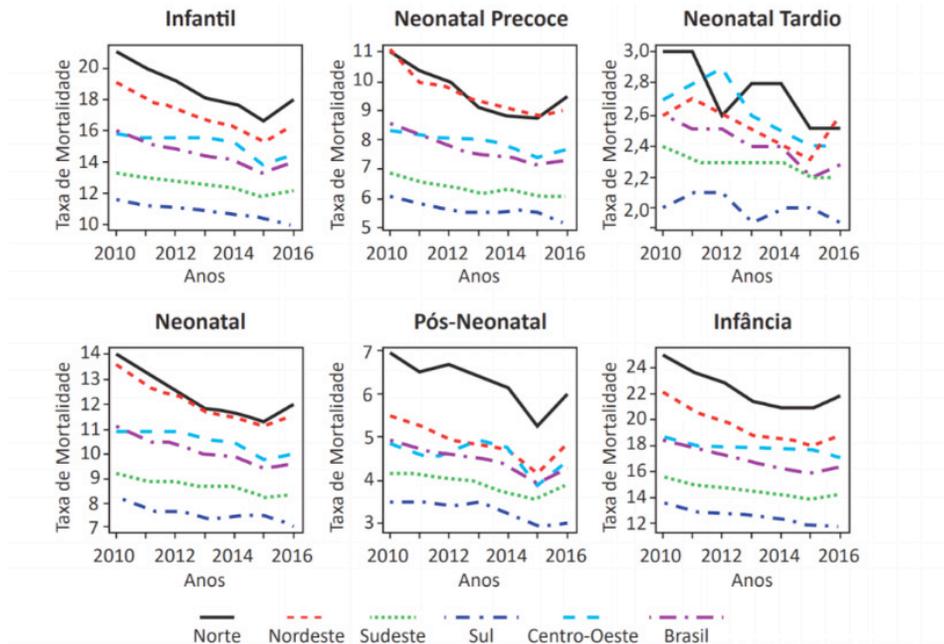
QUESTÃO 32- COMPONENTE ESPECÍFICO

TEXTO 1

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). foram fixados em 2015 pela Organização das Nações Unidas como um plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade. Trata-se de uma agenda de ação até 2030, com 17 objetivos e 169 metas construídas sobre o legado dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). de 2000 a 2015.

O Brasil atingiu uma de suas metas do ODM 4 das Nações Unidas, por ter reduzido em dois terços os indicadores de mortalidade de crianças com até 5 anos de idade. O sucesso deveu-se, entre outras iniciativas, à ampliação das coberturas da atenção básica, principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família. O trabalho conjugado com estados e prefeituras foi determinante para alcançar os resultados.

Disponível em: http://www.portalfederativo.gov.br/noticias/destaques/meta-da-onu-de-reduzir-a-mortalidade-infantil-e-superada-em-niveis-nacional-e-municipais Acesso em: 31 jul. 2019 (adaptado).

Os gráficos a seguir se referem à mortalidade infantil (abaixo de 5 anos de idad**E)** em diferentes regiões do Brasil, de 2010 a 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos**: desafios e perspectivas. Brasília, 2019 (adaptado).

Considerando as informações dos textos e dos gráficos apresentados, avalie as afirmações a seguir.

I. No período de 2010 a 2015, o Brasil registrou um declínio nas taxas de mortalidade neonatal precoce e pós-neonatal, com os maiores índices nas regiões Norte e Nordeste.

II. Entre 2015 e 2016, houve aumento nos seguintes componentes da mortalidade infantil: neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal em todas as regiões, exceto nas Regiões Norte e Sul.

III. O componente neonatal é o indicador mais sensível a ações governamentais voltadas para o ambiente socioeconômico e a intersetorialidade. Dessa maneira, a melhoria no saneamento básico, na distribuição de renda e na oferta dos serviços médicos tem maior impacto na redução desse componente.

IV. A mortalidade pós-neonatal é sensível a fatores endógenos e biológicos relacionados à gestação e ao parto, bem como à assistência de qualidade ao pré-natal, parto e puerpério. Sua redução envolve maior complexidade e custo.

É correto o que se afirma em

QUESTÃO ANULADA

A) I e II, apenas.

B) I e III, apenas.

C) II e IV, apenas.

D) III e IV, apenas.

E) I, II, III e IV.

GABARITO: QUESTÃO ANULADA Observa-se que os alunos apresentaram vasta interpretação transdisciplinar sobre o caput da questão. Tal fato possibilitou uma diversidade notável de soluções, provocando sobretudo a anulação da questão. No entanto, especificamente nesta questão, esperava-se do discente afastar-se da crítica reflexiva transdisciplinar e se aproximar do pensamento analítico dos fundamentos da epidemiologia no contexto biológico, político e sanitário da mortalidade infantil, para discutir e apontar uma tratativa para a questão. Portanto, por se tratar de uma questão bastante atual e impactante para o cenário da saúde brasileira e por estar de acordo com a Base Curricular Nacional para os programas de bacharelado em Enfermagem, a melhor resposta para esta questão deveria estar embasada, conforme o comentário a seguir.	
Professor Convidado 1	Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá

Mini currículo Doutorado em Enfermagem na linha de pesquisa Epidemiologia, Políticas e Práticas de Saúde das Populações pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (2021). Mestrado em Ciências da Saúde área de concentração Infectologia e Medicina Tropical pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (2011). Especialização em Enfermagem em Urgência, Emergência e Trauma pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2008). Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix (2006). Enfermeira na Prefeitura Municipal de Contagem. Docente do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Contagem, área de ênfase: Urgência e Emergência e Saúde da Criança. Tutora e Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Contagem, área de ênfase Urgência e Emergência. Membro do grupo de pesquisa Observatório de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Escola de Enfermagem/UFMG). Atua em pesquisas com foco em Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Tem experiência na área de enfermagem com foco hospitalar, urgência e emergência, terapia intensiva, gestão, educação, epidemiologia e saúde coletiva e também como professora de cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0122-2727	
Professor Convidado 2	Cláudio da Fonseca Rodrigues Panta
Mini currículo Mestrando em Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Gestão Estratégica em Saúde pelo Instituto Federal de Minas Gerais - Campus Machado (2022). Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Batista (2020). Especialista em Dependência Química pela Faculdade Batista (2020). Master in Bussines Administration: Gestão dos Serviços de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (2016). Bacharel em Enfermagem Pela Pontifícia Universidade Católica de MinasGerais – Campus Coração Eucarístico (2013). Preceptor de Estágio em Saúde Mental pela Faculdade Pitágoras – Campus Timbiras. Consultor em Educação e Saúde. Pesquisador em Saúde. Praça Especialista em Saúde pela Polícia Militar de Minas Gerais e Enfermeiro do Ambulatório de Terapia Antineoplásica do Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais. Vice Presidente do Grupo de Ação Social e Apoio Saúde e Paz (GAASP). ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6502-9742	

COMENTÁRIOS

Observa-se que os alunos apresentaram vasta interpretação transdisciplinar sobre o caput da questão. Tal fato possibilitou uma diversidade notável de soluções, provocando sobretudo a anulação da questão. No entanto, especificamente nesta questão, esperava-se do discente afastar-se da crítica reflexiva transdisciplinar e se aproximar apenas do pensamento analítico dos fundamentos da epidemiologia no contexto biológico, político e sanitário da mortalidade infantil, para discutir e apontar uma tratativa para a questão. Portanto, por se tratar de uma questão bastante atual e impactante para o cenário da saúde brasileira e por estar de acordo com a Base Curricular Nacional para os programas de bacharelado em Enfermagem, a melhor resposta para esta questão deveria estar embasada conforme comentário a seguir:

A mortalidade em menores de cinco anos (ou mortalidade na infância) constitui um indicador chave na avaliação da situação de saúde da população (FRANÇA et al., 2017), possibilitam diagnosticar os condicionantes de saúde-doença que as crianças desta faixa etária são susceptíveis. A expressão numérica desse indicador evidencia as vulnerabilidades regionais e reflete os desdobramentos das políticas públicas e ações governamentais, o desenvolvimento socioeconômico, as condições de saúde e determinantes sociais, o acesso e a qualidade da assistência à saúde materno-infantil (RIPSA, 2011; FRANÇA et al., 2017; SILVA et al., 2019; MALTA et al., 2019).

Nesse sentido, a inclusão desse indicador entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para o período 1990-2015 (UNITED NATIONS, 2000) e entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para o período posterior até 2030 (UNITED NATIONS, 2015) atesta a sua importância para identificação das desigualdades regionais e ações de enfrentamento efetivas (FRANÇA et al., 2017).

Essas taxas estimam o risco de morte na na população estudada. São usadas para analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandam ações e estudos específicos. Contribuem na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população. Subsidiam processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, parto, ao recém-nascido, bem como para a proteção da saúde infantil (RIPSA, 2008; SILVA et al., 2019).

Entre os fatores biológicos causadores de mortalidade infantil na primeira semana de vida extra uterina, evidencia-se as anomalias congênitas, encefalopatia por asfixia, trauma neonatal, sepse neonatal e outras infecções neonatais. No decurso do crescimento e desenvolvimento infantil, as mortes mais evidenciadas ocorreram por asfixia por corpo estranho, doenças diarréicas, desnutrição proteico-calórica, doenças infecciosas transmissíveis durante o parto, infecção de vias aéreas inferiores e outras doenças imunopreviníveis (SAÚDE BRASIL, 2017). A análise das principais causas de morte na infância tem especial relevância para a definição de ações preventivas mais efetivas (FRANÇA et al., 2017; SILVA et al., 2019).

A saúde e nutrição das crianças brasileiras melhoraram desde 1980 (VICTORA et al., 2011). Nos últimos anos, o Brasil apresentou um declínio importante da mortalidade na infância e atingiu a meta 4 dos ODM no ano de 2015, previamente ao prazo estipulado (VICTORA et al., 2011; FRANÇA et al., 2017). Os principais fatores que impulsionam essas tendências provavelmente incluem as melhorias dos determinantes sociais, como pobreza, educação das mulheres, urbanização, redução da taxa de fecundidade, intervenções como transferências de renda e nas condições sanitárias (água e saneamento), a criação de um sistema nacional de saúde unificado com orientação geográfica para os cuidados de saúde oferecendo acesso, além de programas específicos de doenças (VICTORA et al., 2011).

Contudo, os níveis atuais de mortalidade na infância, ainda são considerados elevados, o que torna importante a avaliação do desempenho desse indicador por estados para a identificação de desigualdades regionais (FRANÇA et al., 2017). O Brasil apresenta extensa área territorial, também delimitadas por fatores como índice de desenvolvimento humano, renda per capita, educação, entre outros. Sendo assim, ainda existem grandes desafios a serem enfrentados e que impactam na saúde infantil, incluindo a redução da alta frequência de cesarianas, aborto ilegais, nascimentos prematuros, além de maior alcance da redução nas desigualdades regionais e socioeconômicas em saúde (VICTORA et al., 2011).

Ante o exposto, previamente as análises dos gráficos e itens da questão, será abordado abaixo a conceituação das taxas e seus métodos de cálculos:

Taxa neonatal precoce: corresponde ao número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida. Reflete as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. O método de cálculo dessa taxa é (RIPSA, 2008): Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade x1.000

Número de nascidos vivos de mães residentes

Taxa de mortalidade neonatal tardia: consiste no número de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 7 aos 27 dias de vida. Denota as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Método de cálculo (RIPSA, 2008):

Número de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade x1.000
Número de nascidos vivos de mães residentes Taxa de mortalidade pós-neonatal: compreende ao número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de um nascido vivo morrer dos 28 aos 364 dias de vida. Explicita, o desenvolvimento socioeconômico e a infra estrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são também determinantes da mortalidade nesse grupo etário. Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, a mortalidade pós-neonatal é, frequentemente, o componente mais elevado. Método de cálculo (RIPSA, 2008):
Número de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade x1.000
Número de nascidos vivos de mães residentes
Taxa de Mortalidade na Infância: Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida. Expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental precários, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O acesso e a qualidade relacionadas a atenção à saúde materno-infantil são determinantes da mortalidade nesse grupo etário. É influenciada pela composição da mortalidade no primeiro ano de vida (mortalidade infantil), amplificando o impacto das causas pós-neonatais, a que estão expostas também as crianças entre 1 e 4 anos. Método de cálculo (RIPSA, 2008):
Número de óbitos corrigidos de residentes com menos de 5 anos de idade × 1.000
Número de Nascidos vivos de mães residentes
Taxa de mortalidade infantil: conceituada como número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Relacionada as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. Expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade. Método de cálculo (RIPSA, 2008):
Número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade x 1.000
Número de nascidos vivos de mães residentes
A seguir são descritas as análises dos gráficos e as explicações para cada item da questão:
No item I, é correto afirmar que os dois gráficos centrais mostram curvas de tendências de declínio de mortalidade neonatal precoce e pós-neonatal em todas as regiões nos anos de 2010 a 2015. Em relação mortalidade neonatal, os maiores índices são notórios nas Regiões Norte e Nordeste. Para ambas as Regiões, no ano 2.010 as taxas de mortalidade neonatal precoce eram em torno 11 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV) e alcançaram um patamar de aproximadamente de 9 óbitos por 1.000 NV em 2015. Quanto a mortalidade pós-neonatal, para a Região Norte, em 2010, a taxa era em torno de 7 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV) caindo para aproximadamente 5 óbitos por 1.000 NV em 2015 e na Região Nordeste em 2010 a taxa era em torno de 5,5 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV) e reduzindo para quase 4 óbitos por 1.000 NV em 2015 (BRASIL, 2019).
Quanto ao item II, entre os anos de 2015 e 2016, houve aumento nos três componentes da mortalidade infantil: neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal. Esse aumento nos três componentes da mortalidade infantil pode ser observado em todas as regiões, com exceção da Região Sul, que apresentou apenas ligeiro aumento no componente pós-neonatal (BRASIL, 2019).
Apesar dos avanços observados, a taxa de mortalidade infantil voltou a subir em 2016, após 26 anos seguidos de queda. Os prováveis motivos para esta ascendência de componentes podem estar relacionados à epidemia de Zika vírus, que levou à queda da natalidade e à morte de bebês com malformações graves (BRASIL, 2019). A profunda crise econômica e política que atingiu o Brasil no período de compreendido entre os anos de 2015 e 2016, levou ao aumento do desemprego, diminuição da renda, cortes em programas sociais, piora do desempenho do setor saúde (BRASIL, 2016; MALTA et al.; 2018; SCHRAMM et al., 2018; BRASIL, 2019), o que ocasionou aumento no número de óbitos por causas evitáveis (BRASIL, 2019). Estudos apontam que medidas de austeridade fiscal podem comprometer os resultados de saúde, como, por exemplo, aumento da mortalidade infantil, especialmente entre os brasileiros pobres e vulneráveis (RASELLA et al., 2018). No item III, a resposta correta seria que o componente pós-neonatal é o indicador mais sensível a ações governamentais voltadas para o ambiente socioeconômico e a intersetorialidade. Dessa maneira, a melhoria no saneamento básico, distribuição de renda e oferta dos serviços médicos têm maior impacto em sua redução. O componente neonatal não é tão importante para as ações governamentais porque contém fatores endógenos e biológicos atribuídos à gravidez e o ato do profissional de saúde (enfermeiro e médico) no momento do parto. Contudo, as condutas dos profissionais de saúde na assistência ao pré-natal, parto e puerpério tem pouca relação com as ações governamentais (BRASIL, 2019; RAMALHO et al.; 2018).
E no item 4 a resposta correta seria: a mortalidade neonatal, é sensível a fatores endógenos e biológicos relacionados à gestação e ao parto, bem como assistência qualidade ao pré-natal, parto e puerpério. Sua redução envolve maior complexidade e custo. A mortalidade pós-natal sofre influência das ações governamentais, nas três esferas de poder (federal, estadual e municipal), com ações voltadas para o ambiente socioeconômico e intersetorial. Ações como o saneamento básico, distribuição de renda e oferta de acesso aos serviços médicos e hospitalares, nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), principalmente o nível primário de atenção à saúde determinam o enfrentamento e a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2019; RAMALHO et al.; 2018).

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BRASIL. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Acesso em: 24 dez. 2019.

FRANÇA, E.B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study. **Rev. bras. epidemiol.** v. 20 supl.1, p. 46-60, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500046&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#B1. Acesso em: 22 dez. 2019.

MALTA, D.C. et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** v.23, n.10, p.3115-3122, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003115&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 dez. 2019.

MALTA, D.C. et al. Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** v.2, P.1-15, 2019. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-rbepid-22-e190014.pdf. Acesso em: 26 dez. 2019.

RAMALHO, A. A. et al. Infant mortality trend in the city of Rio Branco, AC, 1999 to 2015. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 52, p. 33, abr. 2018.

RASELLA, D. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. **PLOS Medicine,** São Francisco, v. 15, n. 5, p. e1002570, maio 2018.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE**. Taxa de mortalidade na infância** - C.16 – 2011. 2011. Disponível em: http://fichas.ripsa.org.br/2011/c-16/?l=pt_BR . Acesso em: 26 dez. 2019.

SCHRAMM, J.M; PAES-SOUSA, R; MENDES, L.V.P. **Políticas de austeridade e seus impactos na saúde: um debate em tempos de crises.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

SILVA, V. A. et al. Desigualdades Socioeconômicas: uma análise sobre os determinantes da taxa de mortalidade infantil nos municípios brasileiros. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos.** v. 13, n. 1, p. 73-97, 2019. Disponível em: https://revistaaber.org.br/rberu/article/view/407/269. Acesso em: 15 dez. 2019.

UNITED NATIONS. **United Nations Millennium Declaration.** 2000. Disponível em: www.un.org/ millennium/declaration/ares552e.htm. Acesso em: 22 dez. 2019.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.** New York; 2015. Disponível em: https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld. Acesso em: 22 dez. 2019.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet.** v.377, n.9780, p.1863-1876, 2011. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11).60138-4/fulltext. Acesso em: 26 dez. 2019.

QUESTÃO 33- COMPONENTE ESPECÍFICO

A tecnologia pode ser classificada tanto como um saber quanto por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção dos serviços de saúde. As práticas do trabalho devem incluir as diversas tecnologias em adequação às necessidades de saúde, que são as ações e os serviços dos quais as pessoas precisam para ter melhores condições de vida. As tecnologias materiais podem ser classificadas como leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves não são tangíveis, as duras são tangíveis e as leve-duras são um misto dessas duas. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo até o produto final.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005 (adaptado).

Quanto ao uso de tecnologias no processo de trabalho do enfermeiro, avalie as afirmações a seguir.

I. As tecnologias duras englobam os recursos materiais utilizados no ato do cuidado em saúde.

II. O pensamento crítico é um instrumento de tecnologia dura, o qual subsidia a prática do enfermeiro na utilização do processo de enfermagem.

III. As tecnologias leves integram o ato de cuidar em si, estando relacionadas às diferentes formas de interação com a pessoa.

IV. A humanização do atendimento, como tecnologia leve, é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações interpessoais.

É correto apenas o que se afirma em

A) I e II.

B) III e IV.

C) I, II e III.

D) I, III e IV.

E) II, III e IV.

GABARITO D	
Professor Convidado 1	Márcia do Carmo Bizerra Caúla
Mini currículo Mestranda em Tecnologia e inovação em enfermagem pela USP- Ribeirão Preto. - Especialista em saúde coletiva (Gama Filho). - Enfermeira do Bloco Obstetrico na Fundação Hospitalar de MG (FHEMIG); Coordenadora da Unidade de Processo Ético do COREN - MG. Graduada pela PUC Minas.	

Professor Convidado 2	Marcos Paulo Schlinz e Silva

Mini currículo

Enfermeiro Titulado em Terapia Intensiva pela ABENTI / AMIB; Especialista em UTI pela União Social Camiliana – RJ, atuou com enfermeiro intensivista no CTI-Geral de Adultos da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, de 2005 à 2019; Membro atual da Diretoria da ABENTI – Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva; membro atual da Direroria Estendida na SOMITI; atuou na diretoria do Departamento de Enfermagem da AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira na gestão 2016-2017; atual Supervisor de Ensino Nacional de Pós-graduação na Faculdade SUPREMA; Coordenador Nacional de: Pós-graduação em Enfermagem Intensiva Adulto / SUPREMA-ABENTI, Pós-graduação em Enfermagem Intensiva Neonatal e Pediátrica / SUPREMA-ABENTI, e Pós-graduação em Gerontologia; Instrutor de ACLS e BLS na SOMITI – Sociedade Mineira de Terapia intensiva pela AHA – American Heart Association; atual Diretor de Ensino na SCC Consultorias e Capacitações Ltda; atual Mentor e Consultor em saúde na SCC Consultorias e Capacitações Ltda..

COMENTÁRIOS

O trabalho em saúde é relacional, isto é, acontece mediante e na ocasião do encontro entre o trabalhador e o cliente. Por exemplo, a consulta de enfermagem só se realiza quando o trabalhador está diante do cliente e, assim, os atos que geram procedimentos, tais como curativos, exames, vacinas são recursos gerados a partir de uma relação de protagonismo do trabalhador e cliente. Nesse modelo, o trabalho é mediado por subjetividade, o trabalhador valoriza a atitude acolhedora, e, em segundo plano, utiliza os instrumentos, formulários e procedimentos, ou seja, o processo de trabalho é comandado pelo trabalho vivo em ato. (NEVES, 2008).

Franco; Merhy (2012). consideram que o terreno do trabalho vivo em ato incorpora necessariamente as três tecnologias, são elas: as “tecnologias leves” (das relações), que se associam às tecnologias “leve-duras” (dos saberes estruturados). e “duras” (dos recursos materiais). Nesse sentido, o que diferencia o resultado é a escolha do modo produtivo a ser exercido pelo profissional através das tecnologias, ou seja, centrado nas relações, mais criativos ou presos a lógica dos instrumentos mais rígidos.

Mediante essas referências, faz-se oportuno pontuar sobre as afirmativas da questão, de modo a facilitar a compreensão dos candidatos e estudantes acerca da questão, que se seguem:

I. Afirmativa correta, pois esse é o conceito principal, ou seja, as tecnologias denominadas duras, são relacionadas aos recursos materiais empenhados na assistência à saúde;

II. Afirmativa incorreta, pois o Pensamento Crítico é um instrumento de tecnologia LEVE, e não dura como apontado na afirmativa. Vale ressaltarmos, que o pensamento crítico é primordial para a autonomia do profissional enfermeiro, bem como indispensável para a construção de uma adequada Sistematização da Assistência de Enfermagem;

III. Afirmativa correta, pois as tecnologias leves são essenciais para o adequado processo de cuidar, sendo vitais para a boa relação entre cuidador e cliente/paciente, dentre outras, destacamos o acolhimento, a autonomização e a gestão dos processos de trabalho, que culminam no estabelecimento e favorecimento das relações interpessoais e interprofissionais na assistência à saúde;

IV. Afirmativa correta, pois a humanização ocorre desde o processo de acolhimento, onde busca-se uma tratativa do indivíduo como um todo, em todas suas esferas de saúde, dando importância à autonomia do mesmo, bem como incluindo os clientes/pacientes e seus familiares em todo o processo de cuidados e educação em saúde. Ações voltadas à humanização da assistência, são tecnologias leves, nas quais otimizam o cuidado e promovem relações interpessoais saudáveis e produtivas.

Esperamos sinceramente, termos contribuído para elucidações e reflexões acerca da temática que julgamos ser muito atual e importante, de forma que a enfermagem se empodere enquanto arte e ciência. Trabalhando e desenvolvendo os profissionais nas tecnologias em cuidados e tecnologias em saúde, acredita-se que facilitará o processo de maior profissionalização do cuidar em enfermagem, pois culminará no expertise profissional, qualidade, segurança e melhor experiência para usuários, pacientes, clientes, familiares e toda equipe de saúde.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. p. 151 – 163. Abr 2012. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/Cartografiasdo_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 10 Dez 2012.

NEVES, C.A.B. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 8, p. 1953 – 1955, Ago 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800023&lang=pt>.

MONTEIRO, F.P.M; ARAUJO, T.L; CARDOSO, M.V.L.M.L. Produção Científica sobre Tecnologia em Enfermagem: Revisão de Literatura. Revista de Enfermagem UFPE online. V.4, p. 1054-1136, jun. 2010.

ROSS, F.R; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem. v.58, n.3, p.305-310, mai./ jun. 2005.

COELHO, M.O; JORGE, M.S.B.J. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência & Saúde Coletiva, v14, n.1, p. 1523-1531, 2009.

SABINO, L.M.M. et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. Aquichan, Colombia, v.16, n.2, p. 230-239, jun. 2016.

SANTOS, F.O.F.S; MONTEZELI, J.H; PERES, A.M. Autonomia profissional e sistematização da assistência de Enfermagem: Percepção de Enfermeiros. Revista Mineira de Enfermagem, v. 16, n. 2, p.251-257, abr./jun., 2012.

FERRI, S.M.N. et. al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família saúde da família. Interface -Comunic., Saúde, Educ., v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

QUESTÃO 34- COMPONENTE ESPECÍFICO

Um jovem que durante os últimos três anos de sua vida trabalhou em uma empresa de fruticultura situada no Ceará desenvolveu uma doença hepática que o levou a óbito aos 31 anos de idade. O laudo emitido por pesquisadores de uma faculdade apontou para hepatopatia grave de provável etiologia induzida por substâncias tóxicas (agrotóxicos). como a causa mortis.

A tarefa do trabalhador consistia em atender às requisições de fertilizantes e agrotóxicos. Ele separava os produtos de acordo com a especificação e a quantidade indicadas na guia, para repassá-los ao setor de mistura. Os produtos manipulados apresentavam-se nas formas líquida, gasosa ou em pó. Os líquidos eram retirados de bombonas equipadas com torneiras; os sólidos eram pesados; e o gás estava armazenado em cilindros que eram atrelados em trator. Suas tarefas também envolviam guardar no estoque o restante do produto cuja embalagem foi aberta e não totalmente utilizada, assim como receber devolução de produtos liberados e não utilizados. O exercício de sua tarefa exigia o trânsito através do galpão, passando inclusive pelo setor de mistura, onde a contaminação do ar era maior.

RIGOTTO, R. M; AGUIAR, A. C. P. Por que morreu VMS? Sentinelas do desenvolvimento sob o enfoque socioambiental crítico da determinação social da saúde. **Saúde Debate,** v. 41, n. 112, 2017 (adaptado).

Considerando o caso apresentado e as atribuições da vigilância em saúde ambiental, avalie as afirmações a seguir.

I. A saúde ambiental estuda conflitos ecológicos distributivos e lança luz sobre as desigualdades e injustiças ambientais produzidas por assimetrias de poder entre os agentes econômicos e os povos afetados pela expansão agrícola, pelas mineradoras e por obras de infraestrutura em seus espaços de vida e reprodução social.

II. A anamnese e o exame físico de paciente com diagnóstico de hepatite tóxica ocupacional revelam dano hepático após a exposição ao agente químico e icterícia.

III. O risco à saúde por exposição a agrotóxicos no espaço de trabalho e de moradia consiste em situação denominada de injustiça ambiental.

IV. A área responsável pelos procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e agravos relacionados à exposição de populações vulneráveis a agrotóxicos é a vigilância em saúde de populações expostas a contaminantes físicos.

É correto apenas o que se afirma em

A) I e IV.

B) II e III.

C) III e IV.

D) I, II e III.

E) I, II e IV.

GABARITO D	
Professor Convidado 1	Robson Vieira Lincoln
Mini currículo Enfermeiro Especialista em Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho (UFMG), Docente do curso de Graduação e Pós Graduação da PUC - Minas nos cursos de UTI Adulto, criança e Neonatal, Urgência e Emergência e Trauma; Adulto e pediátrica. Docente da Faculdade Pitágoras na Graduação; Enfermeiro Graduado pela Segunda Turma de enfermagem do Instituto Metodista Izabela Hendrix; Atuante no Serviço de Hemodinâmica/cardiologia adulto e pediátrico do Hospital da Clínicas da UFMG; Instrutor do laboratório avançado de simulações realísticas PUC Betim; Participou da implantação do SAMU Itaúna; Serviço de Transporte Aeromédicoda Unimed; SAMU BH e Terapias Intensivas e Pronto Socorros da Capital de MG.	
Professor Convidado 2	Maria do Socorro Pacheco Pena
Mini currículo Enfermeira pela PUC-MG. Mestre em Educação pela PUC-MG. Especialista em Administração Hospitalar pela São Camilo. Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela UNIVERSO-BH. Coordenadora e docente do Curso de Enfermagem da UNIVERSO-BH.	

COMENTÁRIOS

COMENTÁRIO AFIRMATIVA I:

A ecologia política é um campo de discussões teóricas e políticas que estuda os conflitos ecológicos distributivos, ou simplesmente conflitos sócio-ambientais.

Os conflitos de distribuição ecológica estão ligados ao acesso a recursos e serviços naturais e aos danos causados pela poluição.

No Brasil, a expansão do agronegócio e da soja tem tido particular importância na geração de conflitos no campo e na degradação do Cerrado e da Amazônia.

Outro exemplo de apropriação e degradação dos recursos naturais e do solo é a expansão de fazendas de camarões (carnicicultura), que têm destruído manguezais e provocado reações organizadas de ambientalistas e populações em prol da conservação dos meios de sobrevivência de pescadores, mas sem dúvida o maior dano em extensão está marcado pelos conflitos no momento de extração dos materiais e da produção da energia utilizada que está presente em quase todas as regiões do mundo, concentrando-se cada vez mais nos países exportadores de *commodities.*

Estes podem estar associados à ocupação de terras e à poluição causada por diversas atividades, como também minas de ferro, bauxita e urânio; fundições, siderúrgicas e fábricas de alumínio; extração e refino de petróleo ou de gás; ou ainda os conflitos relacionados à extração de material de construção. Todas essas atividades marcam fortemente o atual modelo de desenvolvimento e os conflitos existentes no Brasil.

Processos de desenvolvimento marcados por desigualdades econômicas e sociais encontram-se por trás de diversos problemas de saúde pública de um país ou região, afetando territórios e grupos populacionais específicos, determinando ou condicionando a forma como tais pessoas adoecem e morrem.

> *"O profissional Enfermeiro generalista tem papel atuante na formação e elaboração de planos de ação para prevenir agravos de saúde ocupacional principalmente quando detentor de informações da cadeia e processos de industrialização."*

COMENTÁRIO AFIRMATIVA II:

O fígado é o órgão responsável por desempenhar em torno de 300 funções, entre elas a de metabolizar inúmeras substâncias químicas encontradas na natureza e no ambiente de trabalho, sendo vital na desintoxicação de várias substâncias tóxicas.

Hepatotoxinas podem ser oriundas de agentes biológicos e químicos e sua exposição crônica ou maciça aguda pode minar a capacidade de "filtro" realizada pelo órgão.

Cerca de 95% dos compostos químicos que penetram no organismo são metabolizados por este órgão.

A hepatotoxidade pode se manifestar clinicamente de várias formas com quadros colestáticos, de insuficiência hepatorrenal, entre outros.

Muitas drogas são reconhecidamente hepatotóxicas e carcinogênicas, algumas bem estabelecidas, outras necessitando confirmação.

Por exemplo vários estudos têm demonstrado que trabalhadores expostos ao xileno desenvolvem quadros histológicos que variam de esteatose à progressão de fibrose para cirrose, mesmo sem evidência de abuso de álcool ou hepatite viral.

Nos últimos anos, o Brasil tem sido um grande consumidor de agrotóxicos, o que agrava ainda mais a saúde de trabalhadores rurais que estão diariamente vulneráveis ao aparecimento de doenças.

Além disso, o modo de produção na área rural tem forte exposição a fatores e agentes físicos, químicos, biológicos, mecânicos e psicossociais, que são consequências da relação ambiente-instrumento na prática efetiva do trabalho.

No meio urbano, as empresas são responsáveis pela saúde ocupacional do trabalhador, já o trabalhador rural fica desassistido, pois geralmente administra e trabalha em seu próprio negócio além de desconhecer os limites biológicos de exposição a agentes e fatores de risco à saúde.

Em alguns casos, a hepatite tóxica se desenvolve logo após algumas horas ou mesmo alguns dias da exposição à toxina, existem casos, no entanto, em que o indivíduo levará meses de uso regular de determinada toxina, droga ou medicamento para desenvolver a hepatite tóxica, embora, seja comum o fato de que quando se interrompe a exposição a essas substâncias, os sintomas da hepatite tóxica, (Icterícia, Fadiga, Perda de apetite, Náusea ou vômito, Perda de peso (anorexia), Colúria.). tendem a desaparecer.

"Mais do que uma anamnese bem feita o enfermeiro deve confrontar as informações ocupacionais com a atividade de vida diário do paciente, para assim raciocinar clinicamente o seu quadro de saúde."

COMENTÁRIO AFIRMATIVA III:

A injustiça ambiental é a desigual distribuição dos benefícios e dos agravantes impostos pela legislação ambiental entre diferentes grupos sociais, sendo responsável pelo surgimento de conflitos ambientais no território dividido, assim cada grupo social adquire um valor e uma identidade diferente para o território que ocupa.

Posteriormente quando diferentes grupos dividem um mesmo território podem ocorrer conflitos que precisam ser mediados pela autoridade do governo local, assim as leis ambientais servem como mediador e julgador neste processo para que não seja estabelecido um caso de injustiça ambiental.

Hoje há, pelo menos, 343 conflitos ambientais no Brasil com impacto na saúde coletiva, a populações mais atingidas são indígenas (33,67%), agricultores familiares (31,99%). e quilombolas (21,55%), em regiões rurais (60,85%), urbanas (30,99%). e em áreas com características não definidas (8,17%). Esses são alguns dos dados apresentados pelo Mapa da Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil, elaborado pela Fiocruz e pela ONG Fase.

A inter-relação entre os direitos humanos ou territoriais, e as condições de vida e trabalho, o equilíbrio ambiental e a situação de saúde de comunidades tradicionais ou periferias urbanas, é um vasto campo a ser explorado e que merece maior atenção da saúde coletiva, pois muitos dos que hoje mais sofrem os impactos do modelo hegemônico de desenvolvimento e decorrente desta atual estrutura social.

Dos profissionais da saúde o enfermeiro da saúde coletiva tem o papel de organizar integrar e viabilizar programas e processos de intervenção em saúde e mediações de conflitos assessorado por uma equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

PORTO, Marcelo Firpo; ALIER,Joan Martinez. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. Cad. Saúde Pública vol.23 suppl.4 Rio de Janeiro 2017.
s

RELATO DE CASO; Evolução de um paciente com Hepatite C exposto a produto hepatotóxico **Trindade D, Jovelevithis D, Becker MR, Prati C. Evolução de um paciente com Hepatite C exposto a produto hepatotóxico. Rev Bras Med Trab.2003;1(2):149-152.**

Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais de trabalhadores rurais. **Souza S, Pappen M, Krug SBF, Renner JDP, Reuter CP, Pohl HH. Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais de trabalhadores rurais. Rev Bras Med Trab.2018;16(4):503-508.**https://portal.fiocruz.br/noticia/mapa-mostra-como-injustica-ambiental-afeta-saude-coletiva-no-pais.Acesso em 24 dez.2019.

Rocha, Diogo. Mapa da Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil: Ferramenta dos movimentos sociais nas lutas territoriais. Agriculturas. 8. 46-47. Acesso em 24 dez.2019.

QUESTÃO 35- COMPONENTE ESPECÍFICO

A Prática Baseada em Evidência (PBE) é definida como uma abordagem que associa a melhor evidência científica à experiência clínica e à escolha do paciente. Diversos autores enfatizam que a PBE é importante para fundamentar a prática profissional e destacam ser essencial sua implementação para o alcance da eficácia, da confiabilidade e da segurança nas práticas em saúde. Os serviços de saúde têm cada vez mais reconhecido a necessidade de realizar a PBE. Entretanto, a sua implementação não envolve apenas os atributos pessoais, mas também fatores relacionados ao contexto da organização, como cultura, responsabilidade, carga de trabalho e recursos disponíveis, devendo ser aplicada de maneira sistemática.

BARRÍA, R.M. Implementing evidence-based practice: a challenge for the nursing practice. Investimento Educacional na Enfermagem, v. 32, n. 2, 2014 (adaptado).

Com base nas informações apresentadas, assinale a opção correta acerca dos passos para sistematização da PBE.

A) Transformação de uma dúvida em questão clínica; busca da melhor evidência para respondê-la; avaliação da validade, do impacto e da aplicabilidade da informação; integração da evidência com a experiência clínica e as características do paciente; e avaliação dos resultados obtidos.

B) Transformação de uma dúvida em questão clínica; busca da melhor evidência para respondê-la; valorização do discernimento e da especialização do enfermeiro; busca de evidência de pesquisa válida e relevante; atenção às preferências e circunstâncias do paciente; e aplicação dos recursos disponíveis.

C) Atenção às preferências e circunstâncias do paciente; aplicação dos recursos disponíveis; verificação do impacto e da aplicabilidade da informação; integração da evidência com a experiência clínica; e levantamento das características do paciente.

D) Atenção às preferências e circunstâncias do paciente; aplicação dos recursos disponíveis; transformação de uma dúvida em questão clínica; busca da melhor evidência para respondê-la; e verificação do impacto e da aplicabilidade da informação.

E) Discernimento e especialização do enfermeiro; busca de evidência de pesquisa válida e relevante; atenção às preferências e circunstâncias do paciente; aplicação dos recursos disponíveis; e avaliação dos resultados obtidos.

GABARITO A	
Professor Convidado 1	Fábio da Costa Carbogim
Mini currículo Enfermeiro Graduado e Licenciado pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Professor do Departamento de Enfermagem Aplicada da Faculdade de Enfermagem da UFJF. Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP (EEUSP). Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UFJF. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem da UFJF.	
Professor Convidado 2	Amanda Aparecida Dias
Mini currículo Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UFJF. Titulada emergencista pela ABRAMEDE. Especialista em terapia intensiva adulto e neonatal. Especialista em Terapia Intensiva Adulto e Neonatal pela UFJF. Coordenadora do curso de pós graduação de enfermagem em urgência e emergência do IESPE. Enfermeira intervencionista do SAMU 192. Diretora e instrutora de BLS da AHA pela SOMITI. Enfermeira do HU da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF/EBSERH).	
Professor Convidado 3	Cynthia Carolina Duarte Andrade
Mini currículo Enfermeira doutora e mestre pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), especialista em terapia intensiva pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Analista da assessoria técnica Diagnosis Related Groups (DRG) da Fundação Hospitalar de Minas Gerias (FHEMIG), técnica do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde (DGITIS) do Ministério da Saúde e docente do Centro Universitário UNA, Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (IEC-PUC-MG) e Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia (IEP-Santa Casa), pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde (NUPES).	

COMENTÁRIOS

A Prática Baseada em Evidências (PBE) insere-se no campo da saúde como estratégia para o alcance de eficiência e eficácia nos resultados assistenciais. No entanto, na prática clínica, ainda observa-se um descompasso entre o conhecimento produzido e o implementado, ou pelo menos um atraso na implementação de evidências recentes. Isso porque, o conhecimento produzido, muitas vezes gera demandas reestruturais a nível de organização e de equipe que exigirão modificações comportamentais e de recursos que por sua vez exigirão planejamento para a implementação das mudanças.

A primeira etapa da PBE consiste em transformar uma dúvida em questão clínica respondível. Para facilitar essa transformação pode ser empregado o acrônimo PICO que decompõe a pergunta clínica, de ensino ou pesquisa em quatro elementos fundamentais para formulação de uma pergunta: população (P), intervenção (I). a ser estudada, comparação (C) entre grupos e o desfecho (O).

Após a problematização, inicia-se a segunda etapa, definida como busca sistemática das melhores evidências disponíveis nas bases de dados, como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Cochrane Database of Systematic Reviews* (COCHRANE) Os estudos do tipo revisão sistemática e ensaio clínico randomizado são os mais confiáveis para a produção de evidências, considerando a robustez metodológica. Contudo, as evidências também podem ser geradas por outros tipos de estudos, como os observacionais.

Na terceira etapa da PBE, as evidências passam por um processo de avaliação da validade, do impacto e da aplicabilidade da informação, sendo utilizadas ferramentas especialmente desenvolvidas para cada desenho de estudo. Os instrumentos de avaliação focados no desenho são complementados pelo sistema GRADE *(Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)*, que é centrado no desfecho, baseando-se nos riscos de viés, na imprecisão e na inconsistência das evidências.

A quarta etapa envolve a integração das melhores evidências com as peculiaridades clínicas do paciente. Essa interface permite revisão e correção e adequação das etapas anteriores com os objetivos clínicos específicos. Concluindo processo com a quinta etapa, o pesquisador avalia e disponibiliza os resultados, disseminando a informação com objetivo de auxiliar na tomada de decisão e gerar melhoria sustentada na qualidade dos serviços de saúde.

A passagem da teoria à prática é caracterizada um processo árduo, uma vez que o profissional precisa superar fatores pessoais, interpessoais e organizacionais que possam interferir no seu potencial. O sucesso também depende de profissionais críticos treinados em PBE.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

BALSHEM, H; HELFAND, M; SCHUNEMANN H. J;et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. **J Clin Epidemiol,** v. 64, n. 4, p. 401-406, April 2011. Disponível em: https://www.jclinepl.com/article/S0895-4356(10).00332-X/fulltext. Acesso em 10 Dez. 2019

BARRIA P, R. Mauricio. Implementing Evidence-Based Practice: A challenge for the nursing practice. **Invest. educ. enferm,** Medellín , v. 32, n. 2, p. 191-193, July 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde –** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/DiretrizMetodologica.pdf. Acesso em 10 Dez. 2019.

JORDAN, Z; LOCKWOOD, C; AROMATARIS, E; MUNN, Z. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. **International Journal of Evidence-Based Healthcare.** v.17, n.1, p.58-71, March 2019. Disponível em: https://insights.ovid.com/crossref?an=01787381-201903000-00008. Acesso em 10 Dez. 2019.

STONE, P.W. Popping the (PICO). question in research and evidence-based practice. **Appl Nurs Res**. v. 15, n. 3, p. 197-198, August 2002. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189702000101?via%3Dihub. Acesso em 10 Dez. 2019.

CAPÍTULO 2

ANÁLISE DO ESTILO DE PROVA E DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS (ENADE 2013-2019)

Data de aceite: 01/04/2022

Camila Souza de Almeida
Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP/Ribeirão Preto. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG/Divinópolis

Samuel Barroso Rodrigues
Pós-doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ. Doutor em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da USP/Ribeirão Preto. Docente dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade de Itaúna

Richardson Miranda Machado
Doutor em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo – USP. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Professor Associado de Saúde Mental da Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ

A análise do estilo das últimas provas do ENADE permitiu a identificação de elementos que foram agrupados por afinidade teórica. Dessa maneira, os autores deste capítulo identificaram dez categorias principais, as quais serão discutidas mais detalhadamente a seguir (figura 1):

1). Saúde Mental;

2). Segurança do paciente;

3). Cuidados de enfermagem a paciente crítico e Urgência e Emergência;

4). Legislação de enfermagem e resoluções COFEN;

5). Saúde da mulher e IST/HIV;

6). Saúde da Criança;

7). Doenças Crônicas Não Transmissíveis;

8). Arboviroses, Meio Ambiente e Saneamento Básico;

9). Políticas Públicas e territorialização em saúde no âmbito da epidemiologia e da saúde coletiva;

10). Questões interdisciplinares e outras temáticas.

Figura 1: Categorias temáticas por afinidade teórica (ENADE 2013-2019).

Fonte: Autores.

CATEGORIA 1: SAÚDE MENTAL

Desde a Reforma Psiquiátrica os conceitos de saúde mental se modificaram, sendo necessário que os novos profissionais da área da saúde passassem a conceber o processo saúde-doença mental de forma abrangente, pensando em promoção da saúde e trabalho em equipe multidisciplinar (VILELA; MAFTUM; PAES, 2013).

A saúde mental em sua nova concepção pós Reforma Psiquiátrica exige que os graduandos tenham vivências nas temáticas sobre saúde mental, que envolvem tanto a Atenção Primária à Saúde quanto a Atenção especializada, seja nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). ou outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (VILELA; MAFTUM; PAES, 2013).

Os graduandos assim, percebem que trabalhar com saúde mental vai desde uma consulta de pré-natal em que se pode observar depressão, crises de ansiedade até uma hospitalização devido ao uso de substâncias psicoativas (SPA) Em relação ao uso de SPA percebe-se que o ENADE tende a focar no uso de álcool e outras drogas e na redução de danos, que é a política de governo que direciona o trabalho do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Álcool e outras drogas - CAPS-AD).

As últimas três edições do ENADE (2013-2019). abordaram ao menos duas questões sobre Saúde Mental. As questões geralmente se relacionam com o uso de álcool e outras drogas (sob a perspectiva da redução de danos). em distintas populações, com destaque aos adolescentes.

O ENADE tende a abordar temas atuais e que serão importantes para a prática do futuro enfermeiro, assim justifica-se a grande abordagem da temática de saúde mental, principalmente o uso de SPA, pois tem-se estudos que mostram que 50% da população faz uso do álcool, sendo que 6,8% são dependentes e 16% bebem nocivamente, ademais 7,1% das mulheres e 27,3% dos homens fizeram o uso de álcool e dirigiram (LARANJEIRA *et al.,* 2014). Outro dado preocupante é que as consequências do uso do SPA oneram o Estado, estando os danos provocados pelo álcool na oitava posição da concessão de auxilio doença no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). (CAVARIANI *et al.*, 2012). Assim, a abordagem do tema é relevante e tende a ser tema das próximas provas.

De maneira geral preocupam-se também em identificar a capacidade crítica do aluno para compreensão das políticas em saúde mental e implementação das ações nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). a exemplo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A abordagem da Reforma Psiquiátrica e as atuais Políticas Públicas tem como objetivo analisar se os conceitos e preceitos da Reforma são compreendidos pelos estudantes, já que estarão trabalhando em seus dia-a-dia com a saúde mental, seja na Atenção Primária em Saúde (APS). ou até mesmo na gestão, sendo necessário que o

ensino seja uma ferramenta transformadora nos processos de saúde mental, levando o estudante a desenvolver competências a habilidades que contemplem seus princípios (VILELA; MAFTUM; PAES, 2013).

No que se refere à psicopatologia dos transtornos mentais, houve uma preocupação específica em abordar a Síndrome de Bournout. A abordagem dessa temática deve-se por ser um dos maiores problemas psicossociais atuais, sendo relevante sua incidência em profissionais da saúde, principalmente os que trabalham em serviços de urgência e emergência, atingido também não apenas pessoas com vários anos de trabalho, mas jovens com menos de 30 anos, o que leva a afastamento do trabalho e agravos a saúde geral (PORTELA *et al,* 2015).

Devido a Pandemia de COVID-19 as questões relacionadas a saúde mental, principalmente ansiedade e síndrome de Bournout devem ser tema para o próximo ENADE. Neste sentido, com base nos acontecimentos históricos de surtos infecciosos já registrados na história, é bem possível que esta temática seja evidenciada nas provas futuras, uma vez que é possível identificar uma proporção significativa de pessoas (incluindo profissionais de enfermagem). que tem experimentado sentimentos de angústia, tristeza ou ansiedade moderadamente alta no desenvolvimento das suas atividades.

No entanto, o aluno deve compreender que esta temática pode ser trazida de maneira isolada, mas também de forma multidimensional. Em outras palavras, é bem provável que também possa ser discutida de maneira ampliada, levando-se em conta os impactos da pandemia de COVID-19 em todas as dimensões funcionais do indivíduo (física, emocional, econômica, social e psicológica).

Cabe destacar aqui, no que se refere particularmente à saúde mental do profissional de enfermagem, por se encontrar em uma posição de destaque nos diferentes setores do cuidado, seja no acolhimento, escuta atenciosa e conforto dos pacientes, podem muitas vezes se sentirem abalados emocionalmente. O estudante deve, portanto, compreender este fenômeno no sentido de empregar medidas globais de saúde mental de acordo com os recursos de apoio existentes para o manejo de situações estressantes.

Como exemplo destaca-se a possibilidade de serem trazidas questões que problematizem a temática e solicite ao aluno estratégias de enfrentamento. Como sugestão, é importante o graduando ressaltar a necessidade de se preparar melhor os profissionais de enfermagem para o desenvolvimento efetivo de suas atividades em condições de extrema vulnerabilidade e angústia, como nos casos de surtos epidemiológicos atuais e futuros.

Ademais, o aluno deve considerar a importância de implementar a psicoterapia no teleatendimento em um contexto de pandemia. Estudos tem sinalizado que estas ferramentas, apesar de não substituírem as relações interpessoais proximais, por sua vez, abrem portas para uma série de atividades futuras voltadas para os serviços de

Telemedicina e Telessaúde, melhorando a qualidade de vida do trabalhador (RAMOS-TOESCHER *et al,* 2020).

CATEGORIA 2: SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente ganhou destaque mundialmente a partir da década de 2000, entrando na agenda dos pesquisadores de todo o mundo, sendo colocada como dimensão fundamental para uma assistência que seja de qualidade. Devido a sua grande importância, em 2004 é criada a Aliança Mundial para a segurança do paciente, com destaque para: cuidados de saúde para mães e bebês, cuidado aos idosos e eventos adversos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Devido a essa grande importância e destaque mundial, o ENADE trouxe a temática nas três últimas edições, sobretudo no que se refere à prevenção de quedas (edições de 2019 e 2013). Em 2019 e 2016 apareceu sobre lavagem das mãos como medida de segurança do paciente, descarte correto de matérias e em 2013 sobre gerenciamento de resíduos hospitalares.

O assunto tem grande propensão a continuar a figurar nas próximas edições da prova já que o profissional de enfermagem o responsável por grande parte das ações assistências prestadas ao paciente, podendo por meio de conhecimento e capacitação diminuir as complicações de saúde e promover práticas que evitem acidentes (PEDREIRA, 2009).

Material importante para leitura e estudo são os protocolos voltados para a segurança do paciente que configuram como parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente de 2013, cujo objetivo é implementar medidas assistenciais, educativas e programáticas voltadas a segurança do paciente (BRASIIL, 2014).

Portanto, diante o exposto e da análise das questões abordadas nos últimos anos do ENADE (2013-2019). percebe-se que as questões têm requerido do aluno uma capacidade crítica e reflexiva para compreender a segurança do paciente como temática inerente à excelência da qualidade no serviço de saúde. É imprescindível que o profissional de saúde se atenha às condições de trabalho como fatores que podem comprometer ou melhorar a qualidade do cuidado e a enfermagem, sobretudo pelo fato de o enfermeiro ter participação fundamental nos processos de garantia da qualidade da assistência prestada.

CATEGORIA 3: CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE CRÍTICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O enfermeiro tem grande e atuação e importância na área de urgência e emergência, atuando no atendimento pré-hospitalar e sendo o profissional recomendado para classificar e priorizar o atendimento de pacientes nos Prontos Atendimentos (COFEN, 2021).

Além da atuação direta na urgência e emergência, o profissional de enfermagem deve estar preparado para atender pacientes nas mais diferentes situações, sendo na APS, escolas e consultórios. Assim, o conhecimento na área é vital para esse profissional (SILVA *et al,* 2019).

O assunto é tratado pelo COFEN no código de ética da profissão e aparece no código Civil Brasileiro, sendo dever do profissional de enfermagem prestar os socorros e atendimentos aos indivíduos, famílias ou comunidades que necessitam (BRASIL, 2012).

Assim, a temática sempre estará presente nas provas do ENADE, sendo que nas três últimas edições tem-se questões relacionada ao preconizado pela *American Heart Association,* principalmente sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e protocolo de Manchester.

Os cuidados aos pacientes em estado crítico também aparecem nas provas, pois o enfermeiro também se apresenta na linha de frente nas Unidades de tratamento intensivo, com contato direto com o paciente, fator primordial para o sucesso do tratamento ou não. Nas três últimas edições, teve-se questões sobre controle de infecções (2013), sondagem vesical de demora (2016). e cuidados com infecções relacionadas a assistência de saúde - IRAS (2013 e 2019).

A pandemia de COVID-19, com todos os seus agravos, reforça-nos a ideia de que os cuidados de enfermagem ao paciente crítico possam ser novamente abordados nas provas futuras do ENADE, principalmente no que se refere ao cuidado de enfermagem a pacientes entubados e infecções respiratórias.

É importante que o aluno se atente ao fato de que, em situações como esta, de pandemia, a instituição de medidas de segurança mais eficazes aos profissionais que realizam esse tipo de atendimento torna-se imperativa. Isso pode ser evidenciado pelo risco eminente de contágio pelo manuseio de materiais biológicos aumentando assim, a susceptibilidade a danos para a saúde.

Aliado a isso, destacamos ainda a possibilidade de haver questões interdisciplinares sobre o tema, contextualizando estes agravos aos agentes estressores como tensões emocionais, as dificuldades de acessibilidade e periculosidade em determinadas situações, bem como o alto grau de complexidade dos atendimentos que podem colocar em risco a segurança desses profissionais e pacientes.

Por se tratar de uma temática bastante atual, muitos protocolos ainda estão sendo definidos e até reelaborados. Destaca-se, portanto, a necessidade de o aluno aprofundar o conhecimento nesta temática, compreendendo o atendimento de enfermagem na urgência e emergência de forma mais holística possível.

CATEGORIA 4: LEGISLAÇÃO DE ENFERMAGEM E RESOLUÇÕES COFEN

Para se viver bem em sociedade é necessário normas e regras que irão ditar o como viver socialmente. Para as profissões não seria diferente, são necessários regulamentos e ditames para que o profissional entenda seu papel perante dadas situações e consiga exercer sua profissão de modo a não lesar os demais profissionais e indivíduos a quem presta serviços. A esse conjunto de normas dá-se o nome de legislação. Além das legislações tem-se as resoluções que tem como finalidade disciplinar assuntos de interesse da profissão (OGULSSO; SCHMIDT; FREITAS, 2010).

Com base nisso é vital para qualquer enfermeiro conhecer a legislação de enfermagem, assim como suas resoluções, sendo o código de Ética peça fundamental, pois ele é um acordo que estabelece os direitos e deveres de uma profissão, empresa e etc. Assim, espera-se que o futuro profissional de enfermagem conheça seu código de ética e por isso são esperadas questões no ENADE que de forma direta ou indireta levam o candidato a recorrer a essa resolução.

A legislação de enfermagem também se configura como questão importante para os elaboradores do ENADE, sendo a Lei 7.498/86 que é a que regulamenta o exercício da enfermagem importante para os estudantes (COFEN, 1986).

Em 2019, teve-se questões relacionadas ao Código de Ética da Enfermagem, assim como em 2016 sobre a lei de regulamentação da profissão. Outras resoluções como dimensionamento de pessoal da enfermagem e hemotransfusão também estiveram presente na prova de 2016.

As resoluções especificas também aparecem nas provas, sendo importante o estudante se atentar para os principais acontecimentos de saúde no último(s). ano(s). para compreender qual resolução poderá ser tema da prova. Em linhas gerais, o aluno deve compreender a Enfermagem como um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas éticas, sociais e políticas, as quais se processam pelo ensino, pesquisa e assistência.

É importante ainda que o aluno entenda que em quaisquer questões que envolvam esta temática muito provavelmente serão avaliadas a sua capacidade crítica e/ou argumentativa de considerar o direito de assistência sempre centrados na pessoa, família e coletividade.

As questões sempre têm permeado sobre temáticas que sugerem que os trabalhadores de Enfermagem devem estar aliados aos usuários na luta por uma assistência efetiva e com menor risco possível. Em outras palavras, seria a busca por estratégias que minimizem os riscos e danos e ao mesmo tempo acessíveis a todos, sem distinção de qualquer espécie.

CATEGORIA 5: SAÚDE DA MULHER E IST/HIV

A saúde da mulher configura-se como um dos eixos centrais das políticas de saúde, pois indicadores como mortalidade materna-infantil, número de preventivos realizados, taxas de parto vaginal e Cesária são indicativos da qualidade da assistência de saúde prestada em uma comunidade ou país.

A enfermagem exerce papel de destaque na atenção à Saúde da mulher por ser o profissional que acolhe essa mulher na APS, realizando preventivos e pré-natal. O estudante de enfermagem deve estar apto a compreender que a saúde da mulher é interdisciplinar, e requer conhecimento ampliado do processo saúde-doença, sendo o profissional de enfermagem o principal responsável por proporcionar essa integralidade da equipe e por captar a mulher para as consultas necessárias (COELHO *et al,* 2009).

Em todas as três edições (2013-2019). o ENADE trouxe questões sobre esse tema, mas com um foco no atendimento à gestante (pré-natal 2019 e 2016 e trabalho de parto em 2013). O que sugere a grande ênfase em saúde da gestante é o destaque que tem ganhado a enfermagem nos últimos anos nessa área, tendo ganhado mais espaço no mercado de saúde os enfermeiros obstetras. Com a aprovação da Agência Nacional de Saúde no ano de 2021, sobre a cobertura obrigatória de consultas de enfermagem obstétrica pelos planos de saúde espera-se um aumento ainda maior dessa procura pelas mulheres e um maior número de enfermeiros especialistas na área. Pela sua importância e conquistas o tema deve estar presente no próximo ENADE.

Outra questão abordada nas três últimas edições da prova foram as infecções sexualmente transmissíveis (IST), com variação do público (gestante e adolescente) O foco foi na conduta de enfermagem e nos testes a serem solicitados perante suspeita de IST/HIV.

A temática das IST é relevante já que segundo a Organização Mundial de Saúde, mais de um milhão de pessoas são acometidas diariamente por IST, o que gera diversos transtornos para o indivíduo, onera o Estado e aumenta a demanda das Unidades de Saúde, pois causam infertilidade, incapacidades de longa duração e mortes (WHO, 2018).

O Enfermeiro por estar na linha de frente do cuidado na APS, realizando consultas de enfermagem e podendo solicitar quaisquer exames de rotina e complementares sorológicos conforme a Resolução COFEN-195 de 1997, levando-se em conta o programa DST/AIDS/COAS do Ministério da Saúde (COFEN, 1997).

Além de realizar os testes rápidos de HIV, hepatite B e C e sífilis, devem estar cientes e preparados para esse tipo de consulta. Além do mais, a prática da enfermagem relaciona-se com a prevenção e promoção da saúde devendo fazer educação em saúde em suas unidades e detecção precoce de novos casos (BUNGAY; MASARO; GILBERT; 2014). Assim, a temática de IST tende a ser uma aposta nas próximas edições do

ENADE, devendo o estudante se atentar não apenas a técnica, mas a todo o processo de enfermagem relacionado ao tema.

CATEGORIA 6: SAÚDE DA CRIANÇA

Apesar de todos os esforços visando à melhoria dos indicadores de saúde, o Brasil ainda ocupa, segundo o Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento de 2007, o 11º lugar entre os mais desiguais do mundo no que se refere à distribuição da renda, superado apenas por seis países da África e quatro da América Latina (SOUSA; MANGUEIRA; FALCÃO, 2015).

Neste contexto, em todo o mundo tem ocorrido a diminuição dos indicadores de mortalidade infantil desde a década de 1990, porém isso ocorre de maneira desigual, conforme o nível de desenvolvimento de cada país, evidenciando ainda mais as desigualdades sociais (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014).

O resultado disso é que no Brasil os Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI). ainda são preocupantes. As maiores taxas encontram-se nas regiões Norte e Nordeste e os menores nas regiões Sul e Sudeste. De maneira geral, estes indicadores estão relacionados às condições socioecômicas e de acesso a bens e insumos da população, sobretudo no primeiro ano de vida. Tais indicadores podem sofrer alterações conforme o nível de assistência, sendo reduzíveis à medida em que o estado oferece condições adequadas de atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido (FARIA; SANTANA, 2016).

Neste sentido, a alimentação infantil adequada é a chave para o desenvolvimento da criança e a melhor sobrevida infantil. Frente a isso, a assistência do enfermeiro em prol da população infantil tem sido alvo de atenção do sistema de saúde por se considerar que a infância é uma das fases da vida na qual ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas (OLIVEIRA; CADETE, 2006). Neste sentido, as crianças requerem atenção e proteção para que suas necessidades relativas ao processo de desenvolvimento sejam atendidas (MELLO *et al,* 2017).

Perante este contexto, as últimas avaliações do ENADE abordaram essa temática objetivando detectar a capacidade crítica do aluno de compreender a potencialidade das efetivas ações na promoção e proteção do desenvolvimento adequados. De forma mais específica, as questões sobre saúde da criança trouxeram como enfoque as fases do desenvolvimento da criança por meio da análise de gráficos e tabelas (provas de 2013 e 2016). com uma questão cada.

Como competências, espera-se que o estudante seja avaliado quando à sua compreensão do desenvolvimento neuropsicomotor durante todas as consultas da criança. Em linhas gerais, as questões sobre este conteúdo esperam que o aluno conheça os aspectos mais relevantes do desenvolvimento e esteja preparado para fazer intervenções,

se necessário, identificando e referenciando as crianças que precisam de um tratamento especializado.

CATEGORIA 7: DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O enfermeiro está comprometido com ações e práticas de educação, promoção e prevenção dos agravos em saúde. Quesitos esses primordiais quando se discute saúde dos indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente os usuários do Sistema Único de Saúde com quadro de diabetes e hipertensão arterial, pois esse público é um dos prioritários, tendo-se o programa HIPERDIA para acompanhamento deles (BECKER *et al,* 2018).

No ENADE, as três últimas edições (2013, 2016 e 2019). possuem pelo menos uma questão sobre a temática. O aluno deve atentar para os exames que devem ser solicitados, cuidados hospitalares a esses pacientes, principalmente ao diabético e uso da insulina.

Os cuidados hospitalares a esses pacientes também são abordados já que as DCNT são responsáveis por 70% de todas as mortes no mundo e em países em desenvolvimento a morte devido a complicações das DCNT ocorre de forma prematura, antes dos 70 anos de idade. No Brasil, a situação é complexa já que vivemos em uma transição demográfica acelerada. Em 2000 o número de pessoas acima de 65 anos de idade era de 5,4% e passará para 19% em 2050. Devido a esses números a abordagem tanto na APS quanto na atenção terciária é primordial para que esses indivíduos tenham qualidade de vida e melhores expectativas de vida (OMS, 2014; GALLANI, 2015).

Nesta conjuntura, todas as questões abordaram sobre o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). e *Diabetes mellitus*. É importante que o aluno se atente aos fatores de riscos dessas doenças, bem como à importância das práticas realizadas pelos enfermeiros no âmbito da atenção primária, visando reduzir esses agravos, como a visita domiciliar, o atendimento individual e o atendimento coletivo. De maneira geral as questões permeiam sobre ações acolhedoras, integrais e que consideram os determinantes sociais da saúde, incluindo o trabalho interdisciplinar e a educação em saúde.

CATEGORIA 8: ARBOVIROSES, MEIO AMBIENTE E SANEAMENTO BÁSICO

A urbanização acentuada, a falta de saneamento básico e a precária infraestrutura expõem a população a um maior risco de infecções, pois possibilitam a ampliação do habitat dos vetores em locais densamente povoados (LIMA *et al,* 2016). As arboviroses, doenças transmitidas por mosquitos, ocorrem frequentemente no território brasileiro e recentemente se tem observado uma reemergência, com destaque para a Febre de Chikungunya e Febre de Zika em vários países das Américas (LIMA-CAMARA, 2017).

O Brasil já é um país endêmico para Dengue e a entrada desses novos vírus

no Brasil representa um grande desafio para a saúde pública, sobretudo pelo fato de a população ainda não contar com antivirais específicos, tampouco vacinas para prevenção (LIMA-CAMARA, 2017; BRASIL, 2017a).

Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2017, até o mês de setembro, foram confirmados no Brasil 88 óbitos por Dengue e 99 por Febre de Chikungunya. Em relação à Febre de Zika, houve confirmação de 6.679 casos em 2017. Essas doenças, apesar de serem provocadas por vírus diferentes, possuem características clínicas semelhantes, como artralgia, febre alta, náusea, diarreia, vômito, dor retro-orbital, mialgia, plaquetopenia, exantema, entre outros (BRASIL, 2017B)

No ano de 2016 o ENADE abordou uma questão sobre essa temática, colocando em voga a importância de se tratar este tema. A questão contextualizou sobretudo a gravidade da doença e suas consequências no âmbito da saúde pública, uma vez que os casos incidentes vinham crescendo de forma exponencial, com registros de consequências para as gestantes e recém-nascidos.

Acredita-se que nos próximos anos, caso venha a ser uma temática a ser cobrada, deve ser levado em conta os casos de subnotificação e de subestimação de tais agravos. Como a pandemia do COVID-19 tem tomado em grande proporção o espaço de comunicação em massa, em virtude de sua gravidade e letalidade, outras endemias tem não tem tido espaço midiático no que se refere à conscientização da população.

Em estudo realizado no Piauí entre 2016 e 2020 observou-se que o número de notificações de dengue no Brasil diminuiu drasticamente em 2020 mesmo em períodos que se esperam grandes índices da doença (períodos chuvosos). Estes dados, segundo o estudo, sugerem que houve uma possível subnotificação num período em que é esperado o aumento sazonal de casos de dengue no Brasil em razão da coincidência de ocorrências de casos de COVID-19 (MASCARENHAS *et al,* 2020).

Portanto, ainda que a chegada do novo coronavírus (COVID-19). em território nacional cause preocupação e requeira a devida atenção, a população e os profissionais de saúde, é importante que o estudante compreenda que não se deve deixar de manter o foco no enfrentamento de uma das maiores epidemias brasileiras, a dengue e outras arboviroses. O número de pessoas infectadas pelo vírus causador da dengue é tão grande como de infectados pelo COVID-19 pelo mundo.

O estudante deve se atentar para questões que possam abordar as arboviroses e seus agravos para a saúde nos diferentes estratos da população (sobretudo populações que estão mais vulneráveis às sequelas neurológicas, incluindo bebês no período gestacional). Deve ser capaz ainda de contextualizar com as condições precárias de saneamento básico e infraestrutura nas distintas regiões do país.

CATEGORIA 9: POLÍTICAS PÚBLICAS E TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO DA EPIDEMIOLOGIA E DA SAÚDE COLETIVA

Todas as provas (2013, 2016 e 2019). possuem pelo menos uma questão sobre a temática. Questões que envolvem o Núcleo de apoio à saúde da Família (NASF). aparecem nas edições de 2019 e 2016. Em 2016 também teve uma questão discursiva sobre educação em saúde. Em 2013 houve uma questão sobre visita domiciliar e vacina. Sendo que a temática das vacinas não são frequentes nas provas.

O SUS do Brasil é um sistema público fundamentado em uma política de descentralização territorial, integrando as redes de atenção à saúde em um processo regionalizado, sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1988).

A localização dos serviços no território deve obedecer aos princípios fundamentais da resolutividade e da economia de escala, sendo a Atenção Básica à Saúde (ABS). o nível da atenção em que as pessoas podem acessar os demais níveis do cuidado (FARIA, 2020).

É importante o estudante se atentar neste contexto sobretudo à territorialização, que tem sido cobrada nas questões dos últimos anos. Trata-se de uma política fundamental para dar sequência aos princípios do SUS, sobretudo por convivemos ainda hoje com modelos de atenção pouco resolutivos, bastante fragmentados em ações descontínuas.

O papel do enfermeiro neste contexto é compreender a convergência assistencial, no sentido de criar redes de atenção territorializadas a partir da APS, a fim de se evitar o estrangulamento financeiro dos municípios e a precarização do SUS.

CATEGORIA 10: QUESTÕES INTERDISCIPLINARES E OUTRAS TEMÁTICAS

Historicamente, a enfermagem sustenta seus princípios em base interdisciplinar, construindo um corpo de conhecimentos, cujas mudanças sejam na pesquisa, sejam no ensino e assistência, proporcionam novas interlocuções com as ciências de qualquer natureza. A interdisciplinaridade é importante porque passamos a conceber a enfermagem de forma plural, ou seja, para além das teorias que a regem, mas sobretudo para dimensionar e clarificar o cuidado de enfermagem através de pesquisas em direção a arte, técnica e ciência (BERARDINELLI, 2005). De maneira geral, as questões interdisciplinares versaram sobre os seguintes itens:

A) Sistematização da Assistência de Enfermagem, processo de enfermagem e teorias

A organização do trabalho da Enfermagem é de suma importância e depende de um emaranhado de conhecimentos e práticas que devem ser selecionadas de forma adequada pelo enfermeiro, a fim de se prover uma assistência segura e eficaz voltada às reais necessidades do paciente. De forma geral, a Sistematização da Assistência de Enfermagem

(SA**E)** é compreendida como todo conteúdo/ação dotada de base teórico-filosófica capaz de organizar o trabalho profissional do enfermeiro com vistas à operacionalização do Processo de Enfermagem (P**E)** (OLIVEIRA et al, 2019). Em 2019 e 2013 o Enade abordou os processos de enfermagem e relacionaram a implementação das ações e planejamento com as teorias da enfermagem.

B) Escrita científica e pesquisa em saúde

O aluno deve ser demonstrar de forma relevante ser capaz de produzir textos técnicos de maneira organizada sobre sua área. Pelas questões abordadas nos últimos anos, percebe-se com bastante recorrência que há uma preocupação prévia com a construção e qual a estrutura básica para apropriação da linguagem científica na enfermagem.

A temática apareceu nas últimas três edições e abordaram, questões como o uso do Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se relaciona as questões éticas da enfermagem, além da compreensão do aluno sobre leitura de artigos científicos.

C) Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

O manuseio dos Sistemas de Informação (SIS). também estão presentes, principalmente o Prontuário Eletrônico em Saúde e o e-SUS como tecnologia na gestão da enfermagem. Sobre tecnologias, o assunto também é muito abordado (nas três edições aqui analisadas). em questões discursivas e gerais, sempre citando o uso da tecnologia como aliada do cuidado e suas limitações.

Ao longo da descentralização dos SIS, estudos apontaram os registros eletrônicos como grandes potencializadores do planejamento e a tomada de decisões no cotidiano dos serviços. A implantação e difusão dessa inovação tecnológica deve ser estudada de tal modo que seja implementado um sistema informatizado eficiente e sustentável, capaz de se fazer presente em todo território nacional e auxiliar os gestores na construção de uma assistência à saúde de qualidade (CAVALCANTE *et al.,* 2018).

Sugere-se que questões deste teor sejam recorrentes no ENADE pelo fato de, apesar das vantagens destes recursos, a literatura também mostra um distanciamento entre as expectativas e as reais melhorias que acontecem nestes serviços, sobretudo porque a compreensão dos profissionais sobre como tais instrumentos funcionam ainda é incipiente.

REFERÊNCIAS

BECKER, R.M. *et al.* Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Rev. Bras. enferm.** v. 71, supl 6, p. 2643- 2649, 2018.

BERARDINELLI, L.M.M; SANTOS, M.L.S.C.. Repensando a interdisciplinaridade e o ensino de enfermagem. **Texto contexto - enferm,** v. 14, n. 3, p. 419-426, 2005 .

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Código civil, 2002. Código civil. 53. ed. São Paulo: Saraiva; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya: manejo clínico .Brasília; 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_chikungunya_manejo_clinico.pdf

BRASIL. MINSITÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde. v. 58, n. 5, 2017b. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/2017-Dengue_Zika_Chikungunya-SE4.pdf

BUNGAY, V; MASARO, C. L; GILBERT, M.. Examining the scope of public health nursing practice in sexually transmitted infection prevention and management: what do nurses do?. **Journal of Clinical Nursing,** v, 23, p.3274–85. 2014.

CARETI, C.M; SCARPELINI, A.H.P; FURTADO, M.C.C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. Rev. Eletr. Enf. v. 16, n. 2, p. 352-360, 2014.

CAVALCANTE, R.B. et al. Computerization of primary health care information systems: advances and challenges. Cogitare Enfermagem. v. 23, n. 3, p. e54297, 2018.

CAVARIANI, M.B. *et al.* Expectativas positivas com o uso de álcool e o beber se embriagando: diferenças de gênero em estudo do projeto GENACIS, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de janeiro, v. 28, n. 7, p. 1394- 1404, jul. 2012.

COELHO, E.A.C *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery rev enf.**, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 661 de 2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 195 de 1997- Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina.

FARIA R, SANTANA P. Variações espaciais e desigualdades regionais no indicador de mortalidade infantil do estado de Minas Gerais, Brasil. **Saude soc.** v. 25, n. 3, p. 736-49, 2016.

FARIA, R.M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciênc. saúde coletiva. v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020 .

GALLANI, M.C.B.J. O enfermeiro no contexto das doenças crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem Editorial**, v. 23, n.1 , 2015.

LARANJEIRA, R. (Org.). *et al.* **Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas** (LENAD) São Paulo: INPAD, UNIAD, UNIFESP, 2014. 85p. Relatório.

LIMA, N.A.S *et al.* Dengue, Zika and Chikungunya: challenges for vector control given the occurrence of three arboviruses - Part **I.** Rev Bras Promoção Saúde. v. 29, n. 3, p. 30-38,2016.

LIMA-CAMARA, T.N. Emerging arboviruses and public health challenges in Brazil. Rev Saúde Pública. v. 50, n. 36, p. 1-6, 2016.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Ocorrência simultânea de COVID-19 e dengue: o que os dados revelam?. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 36, n. 6, p. e00126520, 2020.

MELLO, D.F.et al. Nursing care in early childhood: contributions from intersubjective recognition. Rev Bras Enferm, v.70, n.2, p.446-50, 2017.

OGULSSO, T; SCHMIDT, M.J; FREITAS, G.F. Fundamentos teóricos e jurídicos da profissão de enfermagem. **Enfermagem em foco,** v. 1, n. 1, p. 09-13, 2010.

OLIVEIRA, M.R. *et al .* Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. Rev. Bras. Enferm. v. 72, n. 6, p. 1547-1553, 2019

OLIVEIRA, V.C; CADETE, M.M.M.. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **REME – Rev. Min. Enf;** v.11, n1, p.77-80, 2007

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para segurança do paciente. In: PEDREIRA, M. L. G; HARADA, M. J. C. S. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. p. 23-31.

PORTELA, N.L.C *et al.* Síndrome de Bournout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência. **J.res. fundam. Care**, v. 7, n. 3, p. 2749-2760, 2015.

RAMOS-TOESCHER, A.M. *et al.* Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Anna Nery rev enf.**,, v. 24, n. spe, e20200276, 2020 .

REIS, C.T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva. v.18, n. 7, p. 2029 -36, 2013.

Report on global sexually transmitted infection surveillance 2018.Geneva: World Health Organization (WHO).wh; 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/277258. Acesso em: 20 mar 2021.

SILVA, L. A.S. *et al.* Atuação da enfermagem em urgência e emergência. **Revista extensão,** v.3, n. 11, 2019.

SOUSA, D.S.M.G; MANGUEIRA, E.V.C; FALCÃO, M.L.P. Assistência de enfermagem, Atenção Primária à Saúde. Rev. Enf. v. 1, n. 1,p. 92-97, 2015.

VILLELA, J.C; MAFTUM, M. A; PAES, M. R. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 2, p. 397-406, 2013.

CAPÍTULO 3

DISCRIMINAÇÃO DAS QUESTÕES POR CATEGORIAS TEMÁTICAS (ENADE 2012-2019)

Data de aceite: 01/04/2022

Camila Souza de Almeida
Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP/Ribeirão Preto. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais - UEMG/Divinópolis

Samuel Barroso Rodrigues
Pós-doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ. Doutor em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da USP/Ribeirão Preto. Docente dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade de Itaúna

Richardson Miranda Machado
Doutor em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo – USP. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Professor Associado de Saúde Mental da Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ

Neste capítulo serão discriminadas na íntegra as principais questões dos últimos anos do ENADE conforme agrupamento no capítulo anterior. As questões foram alocadas em categorias específicas por afinidade de tema mediante a análise dos autores, seguidas de seus respectivos gabaritos, exceto a questão da categoria Legislação de enfermagem e resoluções COFEN, por ser discursiva.

Categoria 1: Saúde Mental

Questão 9 (2016)

A integração dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS A**D)** com os demais serviços de saúde é fundamental para o diagnóstico de situações de risco e ações conjuntas para assistência a usuários de álcool e outras drogas. Considerando as estratégias para aproximação do serviço de atenção básica de saúde com o usuário de drogas, ao se identificar usuário de *crack* em situação de risco por doença hipertensiva informada por familiares, deve-se providenciar

A. Notificação urgente ao serviço policial.

B. Indicação do usuário a grupo terapêutico.

C. Imediata solicitação de consulta especializada.

D. Visita domiciliar e agendamento de consulta.

E. Encaminhamento do usuário ao hospital psiquiátrico de referência.

Gabarito: D

Questão 10 (2013)

Um levantamento feito pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ligada ao Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Sena**D)**, revelou que cerca de 370 mil brasileiros de todas as idades

usaram regularmente *crack* e(ou). similares (pasta base, merla e óxi). nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, ao longo de, pelo menos, seis meses, em 2012. Esses resultados ratificam a necessidade do fortalecimento da estratégia de Redução de Danos, a qual consiste em:

A. ampliar as ofertas de cuidado ao usuário/ dependente químico, instituindo novas tecnologias de intervenção e mantendo o compromisso com o respeito às diferentes formas de o usuário/dependente químico ser e estar no mundo.

B. estabelecer um programa proibicionista, apostando na força do medo e no apelo moral e utilizando técnicas de cuidados que poderiam ser resumidas como a persuasão dos indivíduos para atuarem com tolerância zero.

C. desenvolver um programa cuja meta seja a cura do dependente químico, por meio de um tratamento que o estimule a refletir sobre a sua culpa e a aceitar a punição por seu comportamento inadequado.

D. reconhecer a abstinência, ou seja, a interrupção total do uso da droga, como um imperativo no cuidado ao dependente químico, e compreendendo a complexidade que cerca o fenômeno.

E. manter como foco a droga, considerada como um problema legal e moral, devendo ser desenvolvidas rígidas ações no contrato dos cuidados com o dependente químico.

Gabarito: A

Questão 16 (2013)

A Síndrome de Burnout é a doença ocupacional a que estão mais expostos os profissionais das áreas de saúde, educação e serviços assistenciais. Nela, ocorre adoecimento físico e psíquico, que compromete os resultados do trabalho. Esse acometimento repercute nas organizações, pois gera elevado índice de absenteísmo, aumento de conflitos interpessoais e *turnover.* Nesse contexto, avalie as afirmações a seguir.

I. A Síndrome de Burnout, ou síndrome do esgotamento profissional, é um distúrbio psíquico decorrente de um estado de tensão emocional e estresse crônico provocados por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes.

II. A Síndrome de Burnout caracteriza-se por euforia, despersonalização, revivis-cência episódica de evento estressor e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho.

III. Há vários estressores ocupacionais vivenciados pelos profissionais da área de

saúde que afetam diretamente o seu bem-estar, e, se persistentes, podem levar à Síndrome de Burnout.

IV. Os estressores ocupacionais para enfermeiros estão relacionados à atuação profissional, ambiente de trabalho, administração de pessoal, relacionamento interpessoal, assistência prestada e vida pessoal.

É correto apenas o que se afirma em:

A. II.

B. III e IV.

C. I, II e III.

D. I, II e IV.

E. I, III e IV.

Gabarito: E.

Categoria 2: Segurança do paciente

Questão 15 (2016)

Higiene das mãos é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de microrganismos e evitar que pacientes e profissionais adquiram infecções relacionadas à assistência à saúde. Em 2009, a Organização Mundial Saúde lançou manual sobre a higienização das mãos nos vários cenários da assistência à saúde.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura:** uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília, 2013 (adaptado).

Considerando a semiotécnica da higienização das mãos e as diretrizes que regem a segurança do paciente, avalie as afirmações a seguir.

I. A higienização das mãos engloba higienização simples, higienização antisséptica, fricção antisséptica com preparação alcoólica e antissepsia cirúrgica.

II. A preparação alcoólica para a higienização das mãos pode apresentar-se sob a forma líquida, contendo álcool na concentração de 50% a 70%, e sob a forma de gel e espumas, com álcool na concentração mínima de 70%.

III. Os cinco momentos para a higienização das mãos são: antes de tocar o paciente; antes de realizar procedimentos; após situações que envolvam o risco de exposição a fluidos corporais do paciente; após tocar o paciente; e após tocar superfícies próximas a ele.

IV. Para a higienização simples das mãos em local onde haja possibilidade de exposição a agente biológico, deve haver um lavatório exclusivo provido de água

corrente, sabão líquido, toalha descartável ou de tecido e lixeira com sistema de abertura sem contato manual.

É correto apenas o que se afirma em:

A. I e III.

B.I e IV.

C. II e IV.

D. I, II e III.

E. II, III e IV.

Gabarito: A.

Questão 9 (2013)

Um olhar acerca da história da Enfermagem demonstra uma contínua preocupação com a qualidade dos cuidados em saúde, sobretudo, no que diz respeito às questões de higiene e conforto. A partir de Florence Nightingale, a área de Enfermagem estruturou os principais preceitos que possibilitaram a consolidação da atual compreensão de segurança do paciente. Cabe ressaltar que, recentemente, houve a integração dos conceitos de gestão de riscos no que se compreende por segurança do paciente. Diante da relevância histórica do tema, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). com o objetivo de qualificar o cuidado em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional. Nesse contexto, infere-se que a segurança do paciente é:

A. o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

B. a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado com a saúde.

C. o incidente ocorrido que resultou em dano físico, social ou psicológico do paciente.

D. a ação curativa do dano físico, social ou psicológico causado ao paciente e à sua família.

E. o resultado do dano físico, social ou psicológico causado ao paciente e à sua família.

Gabarito: B.

Categoria 3: Cuidados de enfermagem a paciente crítico e Urgência e Emergência

Questão 13 (2016)

Um homem com 67 anos de idade, com hiperplasia prostática benigna (HPB) é acompanhado pela equipe de um hospital-escola. O paciente utiliza sonda vesical de demora (SVD) há seis meses, tendo recebido orientações a respeito dos cuidados necessários. Apresentou duas vezes infecção urinária (no 1º e no 5º mês de uso da sonda), ocasionada pelo mesmo agente etiológico e tratada em domicílio. Há três dias, foi internado no hospital escola e submetido a prostatectomia radical. No 2º dia de pós-operatório foi constatado aumento da temperatura corporal, com temperatura axilar de 38,5 °C, além de turvação da urina. O aparecimento dos sinais flogísticos sugere a presença de infecção:

A. cruzada, visto que o quadro atual, associado à complicação das infecções anteriores, apenas se manifestou após a admissão hospitalar.

B. comunitária, dado o quadro de infecção anterior e a impossibilidade de relacioná-la a qualquer procedimento realizado no hospital-escola.

C. comunitária, já que os sinais flogísticos apareceram durante a internação do paciente, enquanto recebia cuidados exclusivos dos profissionais do hospital-escola.

D. hospitalar, dado o aparecimento dos sinais flogísticos após 48 horas de internação, e, possivelmente, está relacionada ao tratamento domiciliar das primeiras infecções.

E. hospitalar, visto que os sinais flogísticos apareceram nas primeiras 72 horas de internação, associados a procedimentos realizados após a admissão hospitalar.

Gabarito: E

Questão 18 (2016)

A equipe de saúde da Vila Olímpica é chamada para socorrer um atleta de levantamento de peso, com 25 anos de idade, encontrado no chão, inconsciente e sem movimentos respiratórios. Após o reconhecimento de parada cardiorrespiratória (PCR), o enfermeiro pôs em prática as diretrizes para ressuscitação cardiopulmonar, de 2015, da *American Heart Association.* A respeito da conduta adequada do enfermeiro nessa situação, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. O enfermeiro deve apoiar-se sobre o tórax do atleta em PCR, entre as compressões, para estimular o retorno da parede do tórax.

PORQUE

II. O retorno da parede do tórax cria uma pressão intratorácica negativa relativa

que promove o retorno venoso e o fluxo sanguíneo pulmonar. A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

A. As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

B. As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

C. A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

D. A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

E. As asserções I e II são proposições falsas.

Gabarito: D.

Questão 12 (2013)

Um paciente de 23 anos de idade foi internado na unidade de terapia intensiva (UTI), em período pós-operatório imediato de cirurgia de craniotomia para exérese tumoral. O paciente encontra-se em ventilação mecânica por tubo orotraqueal, com monitorização pressórica arterial, cardíaca e da pressão intracraniana (PIC), além de oximetria de pulso. Mantém acesso venoso central em subclávia direita com curativo oclusivo. Apresenta anisocoria e sinais de hipertensão intracraniana como complicações pós-operatórias. Nessa situação, qual a intervenção de enfermagem indicada para o posicionamento do paciente no leito?

A. Manter o paciente em decúbito dorsal, com elevação da cabeceira do leito de 15° a 30° de inclinação, e com a cabeça e o pescoço alinhados em posição anatômica.

B. Manter o paciente em decúbito dorsal, com elevação da cabeceira do leito acima de 30° de inclinação, e a cabeça e o pescoço alinhados.

C. Manter o paciente em decúbito lateral, com elevação da cabeceira do leito de 15° a 30° de inclinação, e com membros flexionados.

D. Manter o paciente em decúbito lateral, com elevação da cabeceira do leito acima de 30° de inclinação, e com membros flexionados.

E. Manter o paciente em posição de Trendelenburg, com a cabeça e o pescoço alinhados em posição anatômica.

Gabarito: A

Questão 25 (2013).

O risco de quedas de pessoas idosas em ambiente hospitalar está associado a fatores de risco vinculados tanto ao indivíduo quanto ao ambiente físico. Um enfermeiro do setor de internação, ao admitir um paciente do sexo masculino, de 85 anos, internado para tratamento de *diabetes mellitus*, em uso de agentes antidiabéticos, diuréticos, antipsicóticos e antidepressivos tricíclicos, relatou diminuição da acuidade visual, incontinência urinária e inatividade física. Ao exame físico, observou desequilíbrio postural, manchas arroxeadas nos braços e na região do tórax, além de condições higiênicas precárias. Como o perfil do paciente se enquadrava em idosos com risco de queda, o enfermeiro utilizou o protocolo de avaliação de risco padronizado pela instituição. Nessa situação, os fatores de risco apresentados pelo paciente são caracterizados apenas como:

A. intrínsecos e comportamentais.

B. intrínsecos e extrínsecos.

C. comportamentais.

D. extrínsecos.

E. intrínsecos.

Gabarito: A

Questão 27 (2013).

Um enfermeiro da triagem de um pronto-socorro (PS). de um hospital geral de médio porte atendeu uma paciente de 60 anos de idade, cuja cirurgia de aneurisma de aorta abdominal estava agendada para a semana seguinte. A paciente relatou conhecimento de seu caso e informou ter procurado o PS devido à leve sensação de mal-estar e dor moderada na região occipital. No exame físico, o enfermeiro detectou pressão arterial de 180 mmHg x 130 mmHg e pulso de 90 bpm. O PS em que esse enfermeiro trabalha utiliza, na triagem, a classificação de riscos de Manchester, a qual identifica a urgência do caso clínico por cores, a saber: azul (casos não urgentes e que poderiam ser atendidos em ambulatórios ou consultórios), verde (casos não urgentes que podem aguardar o atendimento), amarelo (casos urgentes que devem ser atendidos assim que possível), e vermelho (casos urgentes que devem ser atendidos imediatamente) Diante desses dados, conclui-se que o enfermeiro deve:

A. solicitar que a paciente aguarde na recepção e classificar o risco com o código verde.

B. encaminhar a paciente para o atendimento e classificar o risco com o código amarelo.

C. solicitar que a paciente aguarde na recepção e classificar o risco com o código

vermelho.

D. encaminhar a paciente para o atendimento e classificar o risco com o código vermelho.

E. orientar a paciente sobre sua condição de saúde e classificar o risco com o código azul.

Gabarito: D.

Categoria 4: Legislação de enfermagem e resoluções COFEN

Questão discursiva 4 (2016).

Uma mulher com 65 anos de idade, viúva, aposentada, é levada de casa pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). para o hospital. A filha, que a acompanha, informa que a mãe, com anemia falciforme e com histórico anterior de acidente vascular encefálico, desmaiou em casa. Entre outras intervenções, o médico indicou hemotransfusão nas primeiras seis horas. No rótulo da bolsa de papa de hemácias enviadapelo banco de sangue, o enfermeiro nota um sinal de “X” em vermelho, que representa um código para descarte de material contaminado.

Diante do caso descrito, faça o que se pede nos itens a seguir.

A) Cite duas intervenções para minimizar riscos associados à segurança da paciente.

B) Cite e explique a implicação ético-legal relacionada ao exercício profissional do enfermeiro, caso ele:

• realize a hemotransfusão mesmo consciente dos riscos à segurança da paciente;

• desconheça os riscos à segurança da paciente e inicie a hemotransfusão;

• infunda parte da papa de hemácias contida na bolsa por desatenção.

Questão 21 (2013).

Um paciente de 35 anos de idade foi admitido no pronto-socorro (PS). de um hospital de pequeno porte em um município próximo a uma estrada federal. O paciente foi vítima de um acidente de trânsito envolvendo seu carro e dois caminhões, mas foi resgatado com vida. Segundo exame médico e análise de exames diagnósticos por imagem, não houve fratura ou acometimento de órgãos internos. Na coleta de dados feita pelo enfermeiro, verificou-se que o paciente estava consciente, mas com grande número de feridas sangrantes com sinais de presença de poeira, pedaços de vidro e terra, e sinais vitais fora dos parâmetros normais. Com base na situação apresentada e considerando que, para a adequada execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (Portaria nº 2.616/1998), os hospitais públicos e privados devem constituir o Serviço de Controle de

Infecção Hospitalar (SCIH), o enfermeiro do PS deve, mediante a Resolução COFEN nº 358/2009, implementar como intervenção no caso

I. a realização imediata de higienização do paciente e o uso de curativos.

II. a implantação de atividades para minimizar os fatores de risco de infecção devido a prejuízo na integridade da pele e procedimentos invasivos realizados.

III. o monitoramento de sinais flogísticos nas feridas.

IV. o monitoramento de temperatura, pois, se for identificada infecção nas primeiras 48 horas, o fato deverá ser notificado ao SCIH como infecção comunitária.

É correto o que se afirma em

A. I, apenas.

B. I e II, apenas.

C. III e IV, apenas.

D. II, III e IV, apenas.

E. I, II, III e IV.

Gabarito: E.

Categoria 5: Saúde da mulher e IST/HIV

Todas as três edições trouxeram especificamente sobre atendimento à gestante (pré-natal 2019 e 2016 e trabalho de parto em 2013). Sobre a abordagem das IST em todas as três edições teve-se questões, com variação do público (gestante e adolescente) O foco é na conduta de enfermagem e nos testes a serem solicitados perante suspeita de IST/ AIDS.

Questão 24 (2016).

A enfermeira responsável por uma Unidade de Saúde da Família recebe os resultados dos exames de rotina do pré-natal de uma mulher primigesta, referentes ao primeiro trimestre de gestação. Entre os resultados, destacam-se: tipagem sanguínea = O; fator Rh = (-), toxoplasmose = IgG (+). e IgM (-), hemoglobina = 12 g/dL; urina 1 com células epiteliais em excesso; VDRL não reagente. Considerando a atenção qualificada e humanizada no pré-natal, proposta pelo Ministério da Saúde, avalie as afirmações a seguir, relativas às condutas da enfermeira, após análise desses resultados.

I. Deve ser solicitado o exame de Coombs indireto pela enfermeira.

II. A enfermeira deve indicar à paciente terapia medicamentosa com sulfato ferroso em dose suplementar.

III. A deve solicitar, no próximo trimestre, sorologia para sífilis e repetição das

sorologias de IgG e IgM para toxoplasmose.

IV. A paciente deve ser encaminhada à consulta médica para iniciar tratamento da toxoplasmose e da infecção do trato urinário.

É correto apenas o que se afirma em

A. I e II.

B. I e III.

C. II e IV.

D. I, III e IV.

E. II, III e IV.

Gabarito: A.

Questão 25 – 2016

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV). constitui a principal causa de ocorrência do câncer de colo do útero, potencializado pela multiplicidade de parceiros sexuais e iniciação sexual precoce, além da exposição a fatores de risco, como o tabagismo. A vulnerabilidade social torna-se um problema que possibilita o surgimento e o desenvolvimento da doença, pois os serviços de orientação disponíveis podem criar barreiras que dificultam o acesso da mulher às medidas preventivas.

SOUZA, S. V; PONTE, K. M; ARAÚJO JÚNIOR, D. G. Prevenção do HPV nas mulheres: estratégia adotada por enfermeiros na atenção primária à saúde. **SANARE**, Sobral, v. 14, n. 1, p. 46-51, 2015 (adaptado).

Considerando as ações de prevenção do câncer de colo do útero no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. O enfermeiro deve incentivar a imunização contra o HPV em adolescentes do sexo

feminino, com idade entre 14 e 17 anos, em esquema de duas doses.

PORQUE

II. No primeiro contato sexual, há alta probabilidade da aquisição da infecção por, pelo menos, um dos quatro sorotipos do HPV que estão presentes na vacina.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

A. As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da **I.**

B. As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa

correta da **I.**

C. A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

D. A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

E. As asserções I e II são proposições falsas.

Gabarito: D.

Questão 14 (2013).

Um adolescente do sexo masculino de 15 anos de idade chegou sozinho e muito apreensivo à Unidade Básica de Saúde da Família, sendo encaminhado à enfermeira. Durante a consulta de enfermagem, após o acolhimento e por meio de escuta ativa, foi realizada a anamnese do adolescente, na qual foi relatado que o paciente não usa preservativo em suas relações sexuais e que tem o sexo oral como prática sexual habitual. Ao exame físico da cavidade oral, foram encontradas inúmeras cáries dentárias e aftas na região sublingual. A enfermeira, durante a consulta de enfermagem, identificou fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS, tais como o desconhecimento da transmissão das DST e do sexo seguro, além de exposição a fatores de agravos para sua saúde. Considerando a situação apresentada, avalie, entre as condutas descritas nos itens a seguir, as que devem ser adotadas pela enfermeira durante a consulta de enfermagem a esse adolescente.

I. Prover materiais educativos sobre DST/AIDS; prescrever medicamentos sintomáticos para dor; acompanhar a evolução dos problemas detectados, e solicitar comparecimento do responsável para conclusão do atendimento.

II. Orientar o adolescente a evitar o consumo de alimentos ácidos, para não piorar as aftas; reforçar a necessidade de higienização oral, visando à prevenção de cárie, e encaminhá-lo para tratamento odontológico.

III. Encorajar a discussão sobre sexualidade e incentivar a participação do adolescente

e dos parceiros em atividades educativas desenvolvidas na comunidade e na Unidade Básica de Saúde.

IV. Orientar sobre as DST/HIV/AIDS e hepatites virais, com enfoque nas formas de transmissão, sinais e sintomas, comportamentos e atitudes de risco e formas de prevenção, com ênfase no sexo seguro.

É correto apenas o que se afirma em:

A. I e II.

B. I e III.

C. III e IV.

D. I, II e IV.

E. II, III e IV.

Gabarito: E.

Questão 22 (2013)

Uma paciente de 19 anos de idade, primípara, história de 1 abortamento, IG (idade gestacional). de 38 semanas, acompanhada de seu marido, foi admitida no centro de parto normal pela enfermeira obstetra de plantão. A parturiente referiu contrações uterinas de intensidades variáveis e perda de líquido de cor clara. Na admissão, a enfermeira iniciou a anamnese com a avaliação do cartão pré-natal, prosseguindo com o exame físico-obstétrico, que revelou: apresentação cefálica com dorso à esquerda, dinâmica uterina 3/45"/10', BCF (batimentos cardiofetais). de 148 bpm; ao toque vaginal: dilatação cervical de 6 cm, no plano zero de De Lee e bolsa íntegra. De posse dos achados clínicos, a enfermeira pôde concluir que a parturiente se encontrava em fase ativa do trabalho de parto de baixo risco e orientou o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, de acordo com o período clínico do parto. Nessa situação, avalie as seguintes intervenções relativas à situação descrita acima.

I. Realizar a amniotomia e registrar no partograma o acompanhamento do trabalho de parto.

II. Deambular livremente com a ajuda do acompanhante, em espaço reservado, para ativar o trabalho de parto e auxiliar a descida e rotação do feto.

III. Massagear a região cervical e lombar para ativar o córtex primitivo, liberando ocitocina e endorfina e relaxando a musculatura tensionada.

IV. Oferecer a bola suíça para que a parturiente possa realizar movimentos de contração perineal embaixo do chuveiro, para aumentar as contrações uterinas.

São corretas apenas as intervenções apresentadas em:

A. I e III.

B. I e IV.

C. II e III.

D. I, II e IV.

E. II, III e IV.

Gabarito: C

Categoria 6: Saúde da Criança

Questão 28 (2016).

Uma criança do sexo feminino, com 9 meses e 23 dias de vida, é levada à Unidade Básica de Saúde pela avó para consulta de puericultura com o enfermeiro. A avó relata que a criança nasceu de parto vaginal a termo, com peso de 3 200 g e comprimento de 51 cm, e que recebeu aleitamento materno exclusivo até o quarto mês de vida, quando a mãe retornou ao trabalho. Atualmente, a criança é alimentada com uma papa salgada e uma papa doce por dia, além de fórmula láctea infantil. A avó relata ganho de peso reduzido da criança após o desmame; o peso atual é de 6 100 gramas.

($-3 \leq$ escore $z < -2$). e a estatura é de 65 cm ($-3 \leq$ escore $z < -2$). Informa, ainda, que a criança começou a sentar-se com apoio há cerca de uma semana. Nesse caso, o enfermeiro deve

A. encaminhar a criança para avaliação médica imediata; agendar retorno para 30 dias.

B. reforçar as orientações básicas de alimentação, estimulação e vacinação da criança; agendar retorno conforme calendário mínimo de consulta ou de acordo com a rotina da unidade.

C. investigar fatores relacionados ao atraso no crescimento e no desenvolvimento da criança; orientar a respeito da alimentação complementar adequada à idade da paciente; agendar retorno para 30 dias.

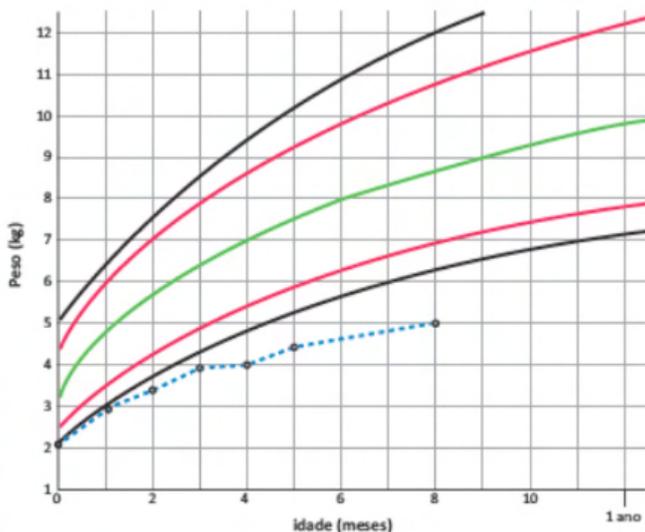
D. investigar fatores relacionados ao atraso no crescimento e no desenvolvimento; orientar a respeito da alimentação complementar adequada à idade da criança, bem como da estimulação e da vacinação; encaminhar a paciente para avaliação neuropsicomotora; agendar retorno para 15 dias.

E. investigar fatores relacionados ao atraso no crescimento e no desenvolvimento; orientar a respeito da alimentação complementar adequada à idade da criança, bem como da estimulação e da vacinação; encaminhar a paciente para avaliação neuropsicomotora; agendar retorno para 30 dias.

Gabarito: E

Questão 20 (2013)

Uma enfermeira atua na estratégia saúde da família de um município e, entre suas responsabilidades, está o acompanhamento das crianças menores de 2 anos de idade. Uma das crianças de sua área não comparece à Unidade Básica de Saúde da Família há 4 meses. É o primeiro filho de uma adolescente de 13 anos de idade, que escondeu a gravidez por muito tempo, iniciando o pré-natal aos 7 meses de gestação. A criança tem 8

meses de idade, nasceu com 36 semanas, pesando 2 200 g, apgar 7/8, ficou no berçário de médio risco para oxigenoterapia por 2 dias. Durante a avaliação do desenvolvimento, observou-se que a criança ainda não se senta, nem mesmo com apoio, não rola quando colocada de bruços e não leva objetos à boca. Ao exame físico, a enfermeira não detectou alterações significativas. Ao analisar o gráfico de peso da criança, obteve o traçado a seguir:

Tendo por base os achados apresentados, avalie as afirmações a seguir.

I. O gráfico revela que a criança nasceu com baixo peso, porém, devido à curva ascendente, pode-se classificar seu peso atual como normal para a idade.

II. A criança pode ser classificada na faixa de provável atraso de desenvolvimento, pois não apresenta três marcos de desenvolvimento esperados para a faixa etária anterior à sua.

III. A criança deve ser encaminhada ao serviço de referência ou serviço de maior complexidade.

É correto o que se afirma em

A. I, apenas.

B. II, apenas.

C. I e II, apenas.

D. II e III, apenas.

E. I, II e III.

Gabarito: D

Categoria 7: Doenças crônicas não transmissíveis

Questão 22 (2016)

Uma mulher com 50 anos de idade, com hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito diagnosticados há cinco anos e em uso de cloridato de propranolol 40 mg, vinha apresentando descontrole metabólico. Há uma semana, foi prescrita insulina NPH 25 unidades pelo médico da unidade da Estratégia da Saúde da Família. Na consulta de enfermagem, a paciente manifestou interesse em fazer a autoaplicação da insulina NPH. Nesse contexto, entre os esclarecimentos necessários, o profissional de enfermagem deverá orientar a paciente a

A. anotar a data de abertura no frasco de insulina, uma vez que, após dois meses da abertura, a insulina perde sua potência, especialmente se mantida fora da geladeira.

B. verificar se a insulina NPH está cristalina, não a congelar e atentar para o tempo de ação intermediária, com pico entre 4 e 10 horas e duração de até 18 horas.

C. monitorar a glicose sanguínea e ficar atenta à interação medicamentosa da insulina NPH com bloqueadores beta-adrenérgicos, que podem alterar o metabolismo glicêmico, prolongar e mascarar sinais e sintomas de hipoglicemia.

D. ficar atenta aos possíveis efeitos adversos da insulina NPH, tais como hipoglicemia, aumento de peso, edema, hipersensibilidade cutânea, distúrbios gastrintestinais, distúrbio do sono, cefaleia e reação no local da aplicação do medicamento.

E. descartar a seringa com agulha acoplada em recipiente próprio para material perfurocortante, fornecido pela Unidade de Saúde, ou em garrafa PET e, quando o recipiente estiver cheio, entregar o material na Unidade de Saúde para o descarte adequado.

Gabarito: C

Questão 19 (2013)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS). é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (P**A)** Associa-se frequentemente a alterações funcionais e(ou). estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos). e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares. O enfermeiro, como membro da equipe de saúde, participa do processo de decisão da terapêutica a ser utilizada e deve considerar os fatores de risco a que os indivíduos estão expostos, tais como: idade, tabagismo, dislipidemias, diabetes e história familiar. A decisão terapêutica para HAS pode ser observada no quadro abaixo.

Decisão Terapêutica para a HAS

Sem risco adicional	Tratamento não medicamentoso isolado (mudança do estilo de vida).
Risco adicional baixo	Tratamento não medicamentoso isolado por até 6 meses. Se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso.
Risco adicional médio, alto e muito alto	Tratamento não medicamentoso + medicamentoso

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, vol.17, p. 11-17, 2010.

Nesse contexto e considerando os dados apresentados, avalie as afirmações que se seguem.

I. O tratamento medicamentoso da HAS depende da presença de fatores de risco.

II. A instituição precoce do tratamento medicamentoso visa à proteção dos órgãos-alvo, que nunca deverão sofrer alterações.

III. O tratamento medicamentoso visa à reversão total das lesões causadas pela elevação da pressão arterial.

IV. Os pacientes com alto risco adicional para doença cardiovascular devem ser tratados pela associação de medicamentos e orientados para mudança do estilo de vida.

É correto apenas o que se afirma em

A. I e III.

B. I e IV.

C. II e III.

D. I, II e IV.

E. II, III e IV.

Gabarito: B

Categoria 8: Zoonoses, Meio Ambiente e Saneamento Básico

Questão 14 - 2016

O Ministério da Saúde do Brasil tem investigado as possíveis associações entre os casos de microcefalia em recém-nascidos e o Zika vírus desde as primeiras notificações, em outubro de 2015. É comprovado que o Zika vírus atravessa a barreira placentária; o Zika vírus também já foi identificado em natimortos e recém nascidos com microcefalia ou outras malformações do sistema nervoso central (SNC) Apesar das evidências disponíveis até o momento indicarem fortemente que o Zika vírus está relacionado à ocorrência de

microcefalia, não há como afirmar que a presença deste vírus durante a gestação leva, inevitavelmente, ao desenvolvimento de microcefalia no feto. Nesse contexto, todos os profissionais de saúde, com destaque para o enfermeiro que está diretamente envolvido com a gestão e operacionalização dos serviços de saúde, devem atentar para as ações de vigilância em saúde no combate aos casos de microcefalia e demais malformações do SNC em recém-nascidos. Cabe destacar que não deve ser desprezada a investigação de outras causas, além do Zika vírus, para fins de diagnóstico diferencial e estudos da possível associação entre as infecções e o resultado fetal em discussão.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)** Brasília, 2015 (adaptado).

A partir dessas informações, avalie as afirmações a seguir, acerca de possíveis causas congênitas de microcefalia.

I. Trauma disruptivo, como o acidente vascular encefálico hemorrágico, pode causar microcefalia.

II. A microcefalia pode ser causada por doenças infecciosas como sífilis, toxoplasmose e rubéola.

III. O efeito teratogênico do álcool pode provocar microcefalia.

IV. Fetos de mulheres com diabetes materna mal controlada podem apresentar microcefalia.

V. A microcefalia pode ser provocada pela hipertensão arterial materna.

É correto apenas o que se afirma em:

A. IV e V.

B. I, II e III.

C. I, IV e V.

D. II, III e V.

E. I, II, III e IV.

Gabarito: E.

Questão discursiva 1 (2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS). menciona o saneamento básico precário como uma grave ameaça à saúde humana. Apesar de disseminada no mundo, a falta de saneamento básico ainda é muito associada à pobreza, afetando, principalmente, a população de baixa renda, que é mais vulnerável devido à subnutrição e, muitas vezes, à higiene precária. Doenças relacionadas a sistemas de água e esgoto inadequados e

a deficiências na higiene causam a morte de milhões de pessoas todos os anos, com prevalência nos países de baixa renda (PIB per capita inferior a US$ 825,00). Dados da OMS (2009). apontam que 88% das mortes por diarreia no mundo são causadas pela falta de saneamento básico. Dessas mortes, aproximadamente 84% são de crianças. Estima-se que 1,5 milhão de crianças morra a cada ano, sobretudo em países em desenvolvimento, em decorrência de doenças diarreicas. No Brasil, as doenças de transmissão feco-oral, especialmente as diarreias, representam, em média, mais de 80% das doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado (IBGE, 2012).

Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br>. Acesso em: 26 jul. 2013 (adaptado).

Com base nas informações e nos dados apresentados, redija um texto dissertativo acerca da abrangência, no Brasil, dos serviços de saneamento básico e seus impactos na saúde da população. Em seu texto, mencione as políticas públicas já implementadas e apresente uma proposta para a solução do problema apresentado no texto acima.

Categoria 9: Políticas Públicas e territorialização em saúde no âmbito da epidemiologia e da saúde coletiva

Questão 29 (2013)

O trabalho do agente comunitário de saúde (ACS). está previsto na Lei nº 10.507/2002, que cria a profissão de ACS, e no Decreto nº 3.189/1999, que fixa diretrizes para seu exercício. Nesse contexto, é correto afirmar que:

A. a promoção da saúde e a prevenção de agravos constituem-se nos eixos complementares e integradores do processo formativo dos ACS.

B. a mobilização social e a integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações fazem parte da formação dos ACS.

C. o território de atuação fundamental do ACS é referido como a área da equipe de saúde.

D. o ACS deve acompanhar, em sua microárea, o máximo de 150 pessoas.

E. o ACS deve residir na área em que atuar, ter concluído pelo menos quatro anos de ensino fundamental e o curso de qualificação básica para a formação de ACS.

Gabarito: B.

Questão 33 (2016)

Uma equipe da Unidade de Saúde da Família (USF). realizou a sua primeira reunião após um mês de início de suas atividades. Todas as famílias já tinham sido cadastradas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). e o território já se encontrava mapeado e dividido. Ao

consolidar os dados dos indicadores de saúde obtidos por meio das fichas de cadastramento e acompanhamento das famílias, a equipe de saúde constatou que um dos principais problemas apresentados pela população era verminose. Pontuando os casos de verminose no mapa do território, percebeu-se que todos ocorreram na comunidade próxima a uma avenida. De acordo com o ACS da microárea, essa avenida está localizada na parte mais precária da comunidade, com esgoto a céu aberto próximo às residências, onde as crianças brincam rotineiramente. Após discussão sobre os determinantes envolvidos na situação, que conduta deverá ser adotada pela equipe da USF, a fim de minimizar o problema?

A. Comunicar a situação identificada à prefeitura da cidade, pois à equipe da USF não compete atuar em determinantes estruturais, como moradia e saneamento básico.

B. Intervir de forma indireta na situação, para evitar conflito entre a USF e a comunidade, pois o problema de saneamento básico pode não estar relacionado aos casos de verminose identificados.

C. Orientar as famílias que residem nesse espaço, de forma individual e em grupo, promovendo discussões a respeito de como lidar com as limitações estruturais, o que poderá contribuir para prevenir novos casos de verminose.

D. Solicitar que o ACS da microárea realize mais visitas às famílias que apresentem casos de verminose, pois é dever do ACS conter os problemas de saúde apresentados pela população da microárea sob sua responsabilidade.

E. Desmarcar os demais agendamentos de atendimento da população adscrita, a fim de concentrar a atuação da equipe nos casos de verminose, o que permitirá conhecer melhor as famílias acometidas pela doença e prever intervenções que sejam compatíveis com as necessidades levantadas.

Gabarito: C.

Questão 30 (2016)

Família (ESF). na rede de serviços, ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, aumentar a sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. No processo de trabalho dos Nasf, o foco é o território sob sua responsabilidade e a estrutura prioriza o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, o que gera experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante metodologias, como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto.

Considerando a perspectiva de apoio matricial na qual se fundamenta o Nasf, avalie as afirmações a seguir.

I. O apoio matricial contribui na organização de uma linha de cuidado contínua,

rompendo com a fragmentação do cuidado.

II. No apoio matricial, a resolução dos problemas está pautada na dimensão assistencial, que se origina a partir de uma ação indireta com os usuários, e na técnico-pedagógica, que gera uma ação e apoio educativo com e para a equipe.

III. Pelo apoio matricial, o Nasf se constitui porta de entrada do sistema para os usuários e apoio às equipes da ESF, vinculadas às equipes de Saúde da Família em territórios definidos.

IV. O apoio matricial assegura a retaguarda especializada à equipe e aos profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde na ESF.

É correto apenas o que se afirma em:

A. I e II.

B. I e IV.

C. III e IV.

D. I, II e III.

E. II, III e IV.

Gabarito: B.

Categoria 10: Questões interdisciplinares e outras temáticas

A) Sistematização da Assistência de Enfermagem, processo de enfermagem e teorias

Questão discursiva 3 - 2013

Em um hospital oncológico de um município, na admissão na unidade de internação, uma paciente com 80 anos de idade foi internada com ansiedade, por estar há 5 meses com dor limitante da mobilidade no quadril esquerdo e na perna esquerda, classificada por ela como 10 (em uma escala de 1 a 10), apesar do uso constante de analgésicos. A paciente relatou à enfermeira ser mastectomizada e, recentemente, ter realizado ressonância magnética com resultado positivo para lesões metastáticas do ísquio esquerdo. Relatou ainda que está suportando a dor por “ter muita tolerância ao estresse”. No seu relato, a paciente demonstrou sua preocupação com a dor na perna, pois afeta sua deambulação e ela não consegue sair da cama com independência para ir ao banheiro durante a sua internação. Ela prefere andar sozinha, pois não gosta de incomodar as enfermeiras. Após medicada na unidade, referiu-se à dor (em uma escala de 1 a 10). como 7 em repouso e 9 ao movimentar-se e disse estar mais confiante em andar sozinha.

LUNNEY, M. **Pensamento Crítico para o alcance de resultados positivos em saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2011 (adaptado).

Com base no relato apresentado e na Resolução COFEN Nº 358/2009, redija um texto dissertativo, definindo um diagnóstico, um resultado e as intervenções de enfermagem para a paciente mencionada no texto acima.

B) Escrita científica e pesquisa em saúde

Questão 4 (2016)

O plágio é daqueles fenômenos da vida acadêmica a respeito dos quais todo escritor conhece um caso, sobre os quais há rumores permanentes entre as comunidades de pesquisa e com os quais o jovem estudante é confrontado em seus primeiros escritos. Trata-se de uma apropriação indevida de criação literária, que viola o direito de reconhecimento do autor e a expectativa de ineditismo do leitor. Como regra, o plágio desrespeita a norma de atribuição de autoria na comunicação científica, viola essencialmente a identidade da autoria e o direito individual de ser publicamente reconhecido por uma criação. Por isso, apresenta-se como uma ofensa à honestidade intelectual e deve ser uma prática enfrentada no campo da ética. Na comunicação científica, o pastiche é a forma mais ardilosa de plágio, aquela que se autodenuncia

pela tentativa de encobrimento da cópia. O copista é alguém que repete literalmente o que admira. O pasticheiro, por sua vez, é um enganador, aquele que se debruça diante de uma obra e a adultera para, perversamente, aprisioná-la em sua pretensa autoria. Como o copista, o pasticheiro não tem voz própria, mas dissimula as vozes de suas influências para fazê-las parecer suas.

DINIZ, D; MUNHOZ, A. T. M. Cópia e pastiche: plágio na comunicação científica. **Argumentum,** Vitória (ES), ano 3, v. 1, n.3, p.11-28, jan./jun. 2011 (adaptado).

Considerando o texto apresentado, assinale a opção correta.

A. O plágio é uma espécie de crime e, portanto, deve ser enfrentado judicialmente pela comunidade acadêmica.

B. A expectativa de que todo escritor acadêmico reconheça a anterioridade criativa de suas fontes é rompida na prática do plágio.

C. A transcrição de textos acadêmicos, caso não seja autorizada pelo autor, evidencia desonestidade intelectual.

D. Pesquisadores e escritores acadêmicos devem ser capazes de construir, sozinhos, sua voz autoral, a fim de evitar a imitação e a repetição que caracterizam o plágio.

E. O pastiche se caracteriza por modificações vocabulares em textos acadêmicos, desde que preservadas suas ideias originais, bem como sua autoria.

Gabarito: B.

Questão 32 (2013)

Considere um projeto de pesquisa envolvendo crianças de 5 a 10 anos de idade, internadas em uma clínica de pediatria cujo objetivo seja identificar o sentimento de medo diante do procedimento de punção venosa. Com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, avalie as afirmações a seguir quanto aos procedimentos a serem adotados pelo pesquisador.

I. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser assinado pela criança e ratificado por seu representante legal.

II. O TCLE deve ser elaborado em duas vias: uma ficará com o sujeito da pesquisa ou com seu representante legal, e a outra será arquivada pelo pesquisador.

III. Uma vez assinado o TCLE, a entrevista não poderá mais ser suspensa.

IV. O pesquisador deve garantir o sigilo da privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

V. Uma vez que o projeto for encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, as entrevistas podem ser iniciadas, mediante a assinatura do TCLE pelo representante legal da criança.

É correto apenas o que se afirma em

A. II e IV.

B. III e V.

C. I, II e IV.

D. I, II, III e V.

E. I, III, IV e V.

Gabarito: A.

C) Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

Questão 20 (2016)

Em relação ao prontuário eletrônico do paciente (PEP), avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. Por meio do PEP é possível reunir todas as informações da vida do paciente colhidas pela equipe multiprofissional em cenários distintos, o que facilita o processo de trabalho.

PORQUE

II. O PEP permite o acesso simultâneo para registro e visualização das informações do paciente, sendo, portanto, um meio célere de consulta de dados, apesar de ainda não ter amparo legal perante os Conselhos e o Código Civil Brasileiro.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

A. As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

B. As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

C. A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

D. A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

E. As asserções I e II são proposições falsas.

Gabarito: D.

AUTORES

Alanna Gomes da Silva

Alexandre Ernesto Silva

Aline Andrade França

Aline Patrícia Rodrigues da Silva

Amanda Aparecida Dias

Ana Aparecida Savioli

Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá

Ana Cristina Viana Campos INSERIR

Ana Maria Pinheiro

Ana Paula Gonçalves dos Reis

Andrelle Caroline Bernardes Afonso

Aneilde Maria Ribeiro de Brito

Ângela Lúcia Lopes

Bárbara Cristina Dias Giaquinto

Bianca Santana Dutra

Bruno Gonçalves da Silva

Camila Souza de Almeida

Carolina Araújo Moreira

Cecília Maria Lima Cardoso Ferraz

Cláudio da Fonseca Rodrigues Panta

Claudiomiro da Silva Alonso

Clayton Lima Melo

Cristiano Inácio Martins

Cynthia Carolina Duarte Andrade

Daniela Aparecida Morais

Danúbia Mariane Barbosa Jardim

Éder Júlio Rocha de Almeida

Elaine Patrícia Cunha

Erika Oliveira Santos

Fábio da Costa Carbogim

Gabrielli Pinho de Rezende

Gisele Fráguas

Hoberdan Oliveira Pereira

Iago Leonardo Vieira da Silva

Juliana Mara Felisberto

Júlio César Batista Santana

Karla Rona da Silva

Kerolly Cristiny Ferreira Malaquias

Márcia do Carmo Bizerra Caúla

Marco Aurélio de Souza

Marcos Paulo Schlinz e Silva

Maria do Socorro Pacheco Pena

Mariane da Costa Moura

Matheus Medeiros e Melo

Miriam de Oliveira Alves Ribeiro

Mônica Chaves

Nathalia Sernizon Guimarães

Pabline Soares Ferreira

Palloma Maciel Chaves de Souza Cordeiro

Richardson Miranda Machado

Robson Vieira Lincoln

Rogério Campice da Silva

Samuel Barroso Rodrigues

Shirlei Moreira da Costa Faria

Sidnei Cerqueira dos Santos INSERIR

Simone Campos Maia de Andrade

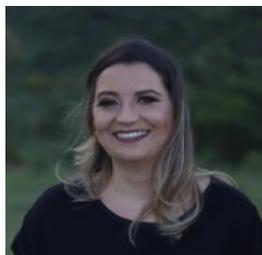
Solange Clessêncio Ferreira Diniz

Thaís Oliveira Gomes

Vânia Paula de Carvalho

Yara Mendes Sündermann

SOBRE OS ORGANIZADORES

JÚLIO CÉSAR BATISTA SANTANA - Doutor e Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo São Paulo; Enfermeiro Graduado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG); Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem da PUC/Minas; Professor do Centro Universitário UNIFEMM; Enfermeiro voluntário dos Anjos do Asfalto BR 381/ MG; Primeiro Secretário do COREN / MG Gestão 2021-2023. Fundador do Instituto Professor e Enfermeiro Júlio Santana; Atuou durante 15 anos no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e na Terapia Intensiva por 34 anos. Autor de 10 livros. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0546-6048

BIANCA SANTANA DUTRA - Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina UFMG. Especialista em Enfermagem em Urgência, Emergência e Trauma pelo Instituto de Educação Continuada PUC Minas. Enfermeira pela Faculdade Ciências da Vida. Responsável Técnica de Enfermagem da Clínica Viver +. Coordenadora da Diretoria Técnica do HNSG. Professora do Curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Sete Lagoas UNIFEMM. Orcid: https://orcid.org/0000-0002- 7208-2426

KARLA RONA DA SILVA - Doutora em Biomedicina pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte (2013). Mestre em Ciências da Saúde pela UNINCOR / Betim (2009). Especialista em Urgência e Atendimento pré-hospitalar Móvel pela Universidade Estácio de Sá/BH (2006). Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2005). Atualmente é professora Adjunto III do Departamento Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG) no Curso de graduação em Gestão de Serviços de Saúde. Professora e Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Líder do Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde - NUGES e Membro Titular no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Urgência e Emergência (NEPEU) ambos da EE/UFMG. Pesquisadora desenvolvendo estudos relacionados aos temas: Serviços e profissionais de saúde; Gestão de pessoas e Relações de trabalho; Gestão de Serviços de Saúde; Tomada de Decisão; Escassez de Recursos; Urgência e Emergência. ORCID nº 0000-0003-0495-789X

LÁYZA LOURENÇO MACHADO BRAGA QUINTÃO - Doutora em Ciências da Saúde pelo IEP da Santa Casa de Belo Horizonte, Mestre em Enfermagem pela UFMG (2007), Especialista em Lesão Cutânea pela PUC-MG (2001), Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1996). Atualmente Gerente do NEPE Hospital Municipal de Contagem; Professora na Faculdade Ciências da Vida e Sete Lagoas, Professora na Nova Faculdade em Contagem MG. Experiência como Coordenadora e Professora de Cursos Curso de Especialização no Instituto de Pós-Graduação, da Faculdade Ciências Médicas, em Belo Horizonte. Transplante em Enfermagem, Assistência de Enfermagem ao Portador de Lesão Cutânea, Enfermagem em Nefrologia, Enfermagem em Bloco Cirúrgico, Enfermagem Domiciliar - Home Care, Enfermagem na Assistência e Gerenciamento em Unidades de Internação - uma Imersão na Prática; experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Lesão cutânea, Terapia Intensiva Adulta e Neonatal, Urgência e Emergência,Gerenciamento de Enfermagem em Unidade Básica com ênfase na aplicação do Planejamento Estratégico Situacional; Gerenciamento de Enfermagem em Unidade de Internação, Gerência do Cuidado e Educação para a Saúde. https://orcid.org/https://orcid.org/0000-0001-6743-6616

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

ENADE

DE ENFERMAGEM 2019

comentado por professores do estado de Minas Gerais

Ano 2022

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

ENADE

DE ENFERMAGEM 2019

comentado por professores do estado de Minas Gerais

Ano 2022